

**QUALITA' DELLA DEMOCRAZIA E DIRITTI SOCIALI. QUALE
DIRITTO ALL'ASSISTENZA SOCIALE IN TOSCANA?**

**Ricerca commissionata dal CESVOT in convenzione con l'Istituto Italiano di
Scienze Umane, SUM**

FINAL REPORT

Firenze, marzo 2010

Gruppo di ricerca:

Leonardo Morlino (direttore), Andrea Daniotti, Andrea Lippi, Ilaria Madama, Stefano Sacchi

INDICE

Introduzione.....p. 5

Parte prima

1. Obiettivi della ricerca.....p. 8

2. Le premesse teoriche della ricerca.....p. 10

3. Strategia di ricerca e metodologia seguita.....p. 14

3.1. Presentazione degli otto casi analizzati

3.2. Descrizione del campione

4. Il contesto: il caso toscano nel panorama nazionale.....p. 22

4.1. Le politiche di assistenza sociale in Italia tra stato e regioni

4.2. La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: produzione normativa e articolazioni istituzionali

4.3. Il Progetto per l'assistenza continua a persone non autosufficienti

4.4. La conclusione della fase di sperimentazione delle Società della Salute

4.5. La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: indicatori di spesa e di offerta

4.6. La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: indicatori di povertà e di diseguaglianza

Parte seconda

5. Introduzione ai risultati osservati.....p. 51

6. Le risultanze dall'indagine pilota sulle capacità istituzionali.....p. 52

6.1. Premesse teoriche dell'indagine

6.2. Il metodo della ricerca sulle capacità istituzionali

6.3. La dimensione organizzativa delle capacità istituzionali

6.4. La dimensione programmatica delle capacità istituzionali

6.5. Lo stile decisionale

6.6. La dimensione attuativa delle capacità istituzionali

6.7. La dimensione apprenditiva delle capacità istituzionali

7. Le risultanze sugli effetti attesi.....p. 64

7.1. Gli effetti dell'uso del Fondo per la non autosufficienza (FNA)

7.2. Gli effetti comuni a tutte le aree osservate

7.3. L'area anziani

7.4. L'area disabilità

7.5. L'area famiglie e minori

7.6. L'area immigrazione

Conclusioni.....p. 132

Appendici

A. Il questionario per l'investigazione delle capacità istituzionali

B. Il questionario sugli effetti attesi

C. Le interviste ai testimoni privilegiati

D. La matrice degli obiettivi, degli strumenti e degli effetti attesi

Introduzione

Questo documento è il *rapporto finale* della ricerca “Qualità della democrazia e diritti sociali. Quale diritto all'assistenza sociale in Toscana?” giunto al termine dopo due *update report* consegnati rispettivamente a maggio e dicembre 2008. Lo scopo di questo rapporto finale è quello di presentare organicamente finalità, metodologia e risultati rilevati nel corso dell'indagine.

Il rapporto è organizzato in due parti.

La prima parte tratta gli aspetti generali. Vi si presentano gli obiettivi della ricerca, la metodologia impiegata e la strategia adottata, il quadro interpretativo della qualità democratica e dell'*accountability* che fa da retroterra concettuale agli indicatori empirici poi impiegati per costruire gli strumenti di rilevazione e procedere alla raccolta delle evidenze empiriche. La prima parte si conclude con il paragrafo di ricognizione sul contesto normativo e finanziario delle politiche sociali italiane a confronto con il caso della Regione Toscana, aggiornato alla conclusione dell'indagine (primavera 2009).

La seconda parte del rapporto è invece interamente dedicata alla presentazione organica delle evidenze empiriche derivanti dall'osservazione sul campo, che è avvenuta al termine del 2008 e nei primi mesi del 2009. L'evidenza riportata si riferisce pertanto a tale momento. Come anticipato nei precedenti *update report* e nelle seguenti sezioni metodologiche, due specifici strumenti di rilevazione hanno guidato la raccolta dei dati. Il primo strumento di rilevazione è stato propedeutico al secondo, il quale costituisce invece il fuoco della ricerca. Si tratta dei due questionari rispettivamente sulle capacità istituzionali e sugli effetti attesi. All'impiego di ciascuno dei due è dedicata ampia parte della seconda parte del rapporto.

Il questionario sugli effetti attesi è qualitativamente e quantitativamente preponderante poiché maggiormente aderente alle domande di ricerca. Per questa ragione, la presentazione dei risultati delle interviste realizzate negli otto casi nei quali è stato somministrato occupa la gran parte del presente rapporto. Il paragrafo risulta così suddiviso in diverse parti: da un lato la presentazione puntuale delle evidenze nelle aree di politiche sociali che erano state indicate già nel progetto come *target* principale di osservazione (anziani, disabilità, famiglie e minori, immigrazione); dall'altro approfondimenti specifici su limitati aspetti delle politiche sociali della Regione Toscana che hanno acquisito particolare importanza durante il periodo della nostra analisi, quali gli aspetti connessi all'avvio del Fondo per la non autosufficienza (FNA). Nonostante quest'ultimo non fosse stato indicato dal Committente come parte dell'analisi, né in fase di avvio della ricerca né negli snodi successivi, la sua rilevanza nel sistema delle politiche sociali toscane ne ha suggerito l'inclusione nei questionari d'indagine, al fine di comprenderne le ricadute sulle aree sin dall'inizio oggetto di

indagine.

Le conclusioni del rapporto hanno un carattere sostantivo, e forniscono un sommario dell'evidenza empirica rintracciata, organizzata secondo i differenti ambiti di politica sociale analizzati così da valutare la profondità dei diritti sociali in Toscana in ciascuno di tali ambiti, e porgere alcuni elementi di riflessione al *decision maker*. Le appendici, infine, oltre a contenere la griglia analitica della ricerca, costituita dalla matrice degli obiettivi attesi degli interventi in campo socio-assistenziale della Regione Toscana come elaborati a partire dagli strumenti di programmazione regionale (PISR) e delle unità amministrative (PIS), riportano gli strumenti di indagine della ricerca, e cioè i due questionari sulle capacità istituzionali e sugli effetti attesi. Da ultimo, in appendice sono riportate le trascrizioni di tutte le interviste effettuate durante l'indagine.

La realizzazione di questo rapporto di ricerca, sotto la direzione del prof. Leonardo Morlino, è stata possibile grazie alla collaborazione fattiva di quanti hanno fornito la loro disponibilità ad essere intervistati e di coloro i quali con il loro contributo hanno permesso di raccogliere ed elaborare le evidenze, tra i quali i componenti del Settore Governo socio sanitario della Regione Toscana e la dirigente della Regione Toscana dott.ssa Giovanna Faenzi per l'apporto e il sostegno fornito durante la ricerca. Un ringraziamento particolare va altresì rivolto al CESVOT ed alla dott.ssa Stefania Tusini la quale è stata un punto di riferimento costante per tutto l'arco del lavoro svolto.

PARTE PRIMA

1. Gli obiettivi della ricerca

Gli obiettivi della ricerca in oggetto sono conformi a quelli specificati nel progetto presentato e ribadito nella Convenzione tra Istituto Italiano di Scienze Umane - SUM, CESVOT e Regione Toscana (art. 2), vale a dire:

- a) la creazione di un *framework* analitico per lo studio dei diritti sociali – e in particolare di quelli che coinvolgono i livelli regionali e locali di governo – come aspetto sostantivo della qualità democratica;
- b) accrescere la conoscenza circa l'effettività della garanzia del diritto all'assistenza sociale in Toscana;
- c) investigare le modalità di utilizzo di tale conoscenza per migliorare il benessere e la soddisfazione dei cittadini da parte dei *decision makers*, tra i quali la Regione Toscana e le organizzazioni di volontariato. Sotto questo profilo, tra i risultati attesi, si trova anche la possibilità di costruire strumenti di valutazione degli interventi nell'ambito dell'assistenza sociale da poter impiegare settorialmente per giudicare le differenti prestazioni.

In via sintetica, si può dire che complessivamente la ricerca svolta ha avuto come scopo *l'analisi dell'attuazione del diritto all'assistenza sociale*, ossia come questo venga concretamente garantito in Toscana e da quali attori, con particolare attenzione al ruolo alle organizzazioni di volontariato, soprattutto in relazione agli effetti suscitati sui beneficiari, sia in termini di servizi, interventi e prestazioni erogati, sia in termini di impatti conseguenti nel medio e lungo periodo in termini di benessere individuale e collettivo.

Per fare questo, il mandato conferito al gruppo di ricerca concerne l'analisi di quattro ambiti di intervento: politiche di assistenza sociale rivolte agli anziani, ai disabili, alla famiglie e agli immigrati.

La ricerca, che ha lambito successivamente anche altri ambiti di intervento sociale, esaminati solo nella misura in cui si sovrapponevano agli ambiti sotto osservazione (come è il caso ad esempio del carcere), si è così concentrata sullo studio degli effetti attesi della qualità democratica e dei diritti sociali in Toscana relativamente a queste quattro aree di politiche sociali:

1. Anziani;
2. Disabilità;
3. Famiglie e minori;
4. Immigrazione.

Nel corso della ricerca ha poi preso avvio un'importante progetto della Regione Toscana nel settore di politica pubblica qui preso in considerazione, vale a dire l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza. Essa coinvolge trasversalmente gli ambiti di intervento degli anziani e (in prospettiva) della disabilità.

Lo scopo dell'indagine è osservare l'attuazione degli obiettivi della programmazione regionale (Piano integrato sociale regionale, PISR) e delle singole unità amministrative (Piano integrato di salute, PIS), nonché gli impatti generati al fine di comprendere se e come la qualità democratica sia stata raggiunta attraverso la soddisfazione del diritto all'assistenza sociale nelle diverse forme poste in essere dalla programmazione medesima e dal sistema di *policy* che sovrintende alla sua attuazione.

2. Le premesse teoriche della ricerca

Una *buona democrazia*, ovvero una *democrazia di qualità*, è l'assetto istituzionale stabile che attraverso istituzioni e meccanismi correttamente funzionanti realizza libertà ed uguaglianza dei cittadini.

Secondo gli studi sulla qualità democratica, una *buona democrazia* ha almeno otto dimensioni di variazione che devono essere collocate al centro dell'analisi empirica:

1. *rule of law*, ovvero rispetto della legge;
2. *accountability* elettorale ovvero responsabilità degli eletti verso gli elettori;
3. *accountability* inter-istituzionale, ovvero responsabilità degli eletti verso altro organi o istituzioni dello stato;
4. *competizione* politica, specie elettorale;
5. partecipazione dei cittadini al processo decisionale di rilevanza pubblica;
6. *responsiveness* ovvero rispondenza, cioè la capacità di risposta che incontra la soddisfazione dei cittadini e della società civile, più in generale;
7. rispetto pieno dei diritti che possono essere ampliati nel realizzare le diverse *libertà*;
8. progressiva realizzazione di una maggiore *eguaglianza* politica, sociale, economica.

In questa ricerca si propone di analizzare l'ultima delle dimensioni sopra elencate, forse una delle dimensioni più importanti e al tempo stesso più difficili da realizzare nei sistemi democratici, riguardante l'eguaglianza sociale ed economica.

A questo fine, si considera che la garanzia effettiva di un'ampia gamma di *diritti sociali* sia il modo più concreto e fattibile per vedere quanta eguaglianza e solidarietà esistano in un certo paese in un certo momento. I diritti sociali più immediatamente rilevanti per i cittadini, e che maggiormente coinvolgono il livello locale nel contesto europeo e in particolare in quello italiano, sono concretamente tre:

- a. il diritto all'assistenza sociale,
- b. il diritto all'assistenza sanitaria,
- c. il diritto a un lavoro, sub specie di iniziative per la formazione, l'inserimento e il reinserimento professionale.

Il diritto all'assistenza sociale e alle sue modalità di effettiva garanzia rappresenta, quindi, teoricamente un pilastro forte dell'indagine proposta perché componente diretta e subordinata della teoria della qualità democratica.

Ai fini di un'approfondita comprensione del fenomeno si rende necessario osservare empiricamente la misura mediante la quale è possibile in un dato contesto realizzare la soddisfazione dei diritti all'assistenza sociale mediante la generazione degli effetti attesi previsti

nei programmi di governo del medesimo. La matrice teorica di riferimento, quindi assume che la qualità democratica, le dimensioni della quale sono state sopra esplicitate, presupponga una consonanza, una corrispondenza, tra quanto previsto mediante un *commitment* politico - istituzionale, e quanto empiricamente osservabile ex post.

La teoria della qualità democratica presuppone, pertanto, che l'obiettivo conoscitivo principale della ricerca sul campo sia quello di osservare - e dunque possibilmente misurare per poter procedere ad un'analisi delle cause e degli effetti - come il diritto all'assistenza sociale venga concretamente garantito in quel dato contesto di governo, con particolare attenzione alle dimensioni analitiche dello stesso: da quali attori, distinguendo tra gli attori pubblici istituzionali e le organizzazioni di volontariato, le quali rappresentano un focus di osservazione imprescindibile, soprattutto in relazione agli effetti suscitati sui beneficiari, sia in termini di servizi (*output*), sia in termini di impatti conseguenti nel medio e lungo periodo (*outcome*).

In questa prospettiva, la scelta di studiare la Toscana appare particolarmente appropriata, per vari motivi. Il primo, e più importante, è l'elevata capacità istituzionale di tale amministrazione regionale in questo settore, come può essere apprezzata ad esempio in termini di capacità progettuale e pianificatoria, da un lato, e di valutazione e monitoraggio degli indicatori di qualità dell'offerta dall'altro. Inoltre, tradizionalmente il modello toscano di assistenza sociale vede un forte coinvolgimento degli enti locali, coerente in questo con gli sviluppi sopra descritti del quadro normativo nazionale degli ultimi anni, nonché il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, a cui il Piano sanitario regionale per il 2005-2007 riconosce grandi meriti i quali vengono rinforzati valorizzati e messi a punto dal parallelo piano sociale 2007-2010. A proposito di integrazione delle politiche sociali e degli interventi di assistenza sociale nel quadro delle Società della salute; programmazione concordata e sussidiaria con enti pubblici e privati che concorrono alla definizione ed all'implementazione della politica sociale medesima; priorità delle politiche di settore prevalenti da perseguire come prioritarie sia nei contenuti sia nelle modalità organizzative per le quattro delle tredici politiche di settore fissate dal medesimo programma strategico: anziani, disabilità, immigrazione e famiglia.

Ciò è tanto più vero, se si pensa al complesso sistema di *governance* che attua le politiche sociali nella Regione Toscana: il sistema di *governance* che presiede all'istituzione della *Società della salute* e la strategia sociale del programma strategico (PISR 2007-2010), con le difficoltà intrinseche al coordinamento tra una pluralità di attori pubblici, privati e del volontariato, rende la qualità democratica un fenomeno direttamente osservabile nelle sue prospettive di realizzazione, proprio perché esplicitamente l'impegno politico istituzionale della Regione Toscana è orientato in questa direzione: fissazione di effetti attesi e organizzazione del loro raggiungimento. Nella fattispecie vi sono tre effetti attesi esplicitamente indicati nel medesimo

impegno politico – istituzionale che puntano in direzione della qualità democratica sotto il profilo dell'eguaglianza che sono da osservare sulla base dei concetti teorici sopra esposti:

i) l'obiettivo di cura dei propri cittadini mediante la garanzia dei diritti all'assistenza sociale volti a soddisfare la loro salute nel complesso, il loro benessere socio sanitario quale dimensione dell'eguaglianza democratica;

ii) l'integrazione organizzativa tra politiche sociali e politiche sanitarie in un sistema di risposta omogeneo e coordinato volto a garantire i diritti all'assistenza che prescindano dalla settorialità organizzativa e dalla puntualità della risposta, puntando invece sul bisogno della domanda, e non alla canonica domanda espressa nei servizi escludendo la domanda potenziale o l'interrelazione tra domande diverse, e sull'integrazione della risposta tra settori e organizzazioni diverse, sul piano dell'offerta, ossia spostando il baricentro delle politiche sociali dall'offerta alla domanda;

iii) l'attuazione della politica sociale attraverso una logica di sussidiarietà verticale e, soprattutto, orizzontale, nella messa a punto della risposta e nel conseguimento degli effetti attesi, anche grazie e attraverso il coinvolgimento massiccio degli attori del volontariato e del terzo settore in generale.

Il coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato nelle procedure di gestione del sistema di assistenza sociale, da un lato, e nell'effettiva fornitura di servizi sociali, dall'altro, è un aspetto essenziale per la valutazione della garanzia del diritto all'assistenza sociale, se si pensa che, secondo il Rapporto biennale sul volontariato del 2005, a cura dell'Osservatorio nazionale per il volontariato, il settore dell'assistenza sociale, assieme a quello della sanità è il settore nel quale è attivo il maggior numero di organizzazioni e associazioni di volontariato (e che la Toscana è seconda solo a Lombardia ed Emilia Romagna per numero di organizzazioni attive sul territorio).

Quindi, la strategia di ricerca che deriva da queste brevi premesse teoriche, le quali fanno aggio per altro su di un impianto concettuale che ha ormai una consolidata cittadinanza nella letteratura politologica, non può non tenere conto della struttura logico concettuale che fa da cornice alle evidenze che sono state raccolte e commentate nelle considerazioni conclusive del rapporto e che possiamo così riassumere. In primis, la centralità dell'eguaglianza sociale tra i criteri teorici fondanti la qualità democratica. In secundis, la rilevanza del diritto all'assistenza sociale, a fianco del diritto al lavoro ed alla salute fisica, tra i criteri che concorrono alla determinazione dell'eguaglianza sociale. Terzo, sul piano della definizione operativa, la prefigurazione di effetti attesi rispetto ad obiettivi politici prefissati, nella normazione e nei documenti di programmazione, comprendenti la logica della soddisfazione dei bisogni e dell'integrazione tra pubblico e terzo settore con la valorizzazione del ruolo di quest'ultimo. La

ricerca ha quindi un ruolo di verifica empirica rispetto a queste forti ipotesi di partenza, in parte date dalla cornice teorica, in parte dedotte dall'impianto del *commitment* politico istituzionale dell'amministrazione regionale toscana, la quale si iscrive in questo filone e dichiara di voler perseguire, in modo esplicito, l'eguaglianza dei suoi cittadini mediante il conseguimento dell'effetto atteso del diritto sociale all'assistenza.

3. Strategia di ricerca e metodologia

La ricerca sulla qualità democratica e diritti all'assistenza sociale in Toscana è stata suddivisa in quattro distinte fasi di studio:

1. fase di ricognizione del contesto delle politiche sociali, durante la quale si è provveduto a fornire una ricostruzione analitica delle politiche sociali in Toscana a confronto con il caso nazionale;
2. analisi degli obiettivi della programmazione regionale e locale nelle trentaquattro unità amministrative deputate all'implementazione delle politiche nei rispettivi territori;
3. indagine preliminare su un campione di otto unità amministrative per quanto concerne la capacità organizzativa ed istituzionale di produrre gli effetti attesi mediante questionario somministrato sul campo;
4. analisi su un campione di otto unità amministrative (sovrappontesi, ma non coincidenti con quelle del punto 3) per quanto concerne gli effetti attesi, vale a dire delle prestazioni poste in essere per conseguirli, comprensive dell'osservazione dei risultati, dei servizi e della loro tipologia, dei requisiti di accesso ai medesimi e delle modalità organizzative internalizzate o esternalizzate strategicamente scelte per generare detti effetti attesi.

La *prima fase* di ricerca si è svolta nel periodo intercorrente tra l'autunno del 2007 e i mesi invernali del 2008 ed ha avuto per oggetto lo studio della normativa nazionale e regionale, l'analisi dettagliata del funzionamento del settore dell'assistenza sociale in Toscana, la comparazione tra i dati di spesa, di offerta, e di esito (*outcome*) delle politiche di assistenza sociale nel caso torcano comparativamente a quello di altre regioni, sullo sfondo del quadro nazionale. Questa fase si è svolta attraverso l'analisi documentale e la consultazioni di basi dati statistiche.

La *seconda fase* si è svolta nella primavera del 2008 e ha fatto aggio su interviste in profondità per la parte preliminare e, successivamente di analisi documentale del Piano regionale di programmazione socio sanitaria per il periodo 2007-2010 (PISR) e dei relativi Piani integrati di salute (PIS) realizzati nelle singole are di intervento, nonché dell'analisi dei documenti forniti dall'amministrazione regionale, settore governo socio sanitario, quali il nomenclatore delle prestazioni socio sanitarie e della Relazione tecnica sugli esiti della sperimentazione delle società della salute. Al termine di questa fase è stato consegnato il primo *interim report* (maggio 2008).

La *terza e la quarta fase*, infine, sono state interamente dedicata all'analisi sul campo mediante la costruzione di un campione di unità amministrative nelle quali sono stati somministrati in due distinti momenti due differenti questionari volti a comprendere la capacità di generare la qualità democratica sui diritti all'assistenza sociale per quanto concerne due distinti fenomeni: le capacità

organizzative ed istituzionali e i servizi posti in essere per generare gli effetti attesi. Queste due differenti analisi sono indipendenti tra loro.

La prima, interamente volta a capire qual è stata la capacità organizzativa in termini di integrazione sistemica del governo socio sanitario all'interno delle unità amministrative della Toscana, è stata preliminare alla seconda, e strumentale ad essa. In altre parole, l'analisi delle capacità istituzionali fornisce uno strumento per comprendere il funzionamento effettivo dei *policy network* che governano le politiche di assistenza sociale in Toscana. Inoltre, la selezione del campione effettuata per condurre l'indagine sulle capacità istituzionali è stata di fondamentale importanza per affinare la selezione del campione degli otto casi sui quali è stata condotta l'analisi degli effetti attesi. La *terza* fase, dedicata alla costruzione e alla somministrazione attraverso interviste a testimoni privilegiati del questionario sulle capacità istituzionali, è stata quindi condotta nel periodo di tempo intercorso tra la consegna del primo *interim* report (maggio 2008) e del *secondo* update report (dicembre 2008)

A differenza di quella sulle capacità istituzionali, l'indagine sugli effetti attesi ha avuto un profilo squisitamente sostantivo e contenutistico e ha avuto per oggetto lo studio dei servizi e delle prestazioni volte a generare degli effetti attesi i quali contraddistinguono teoricamente la qualità e l'*accountability* democratica del governo socio sanitario. L'indagine condotta in questa *quarta* fase costituisce il *cuore della nostra ricerca*, ed è stata condotta sulla scorta dei risultati di tutte le fasi precedenti, ed ha avuto inizio al termine della seconda fase, dopo la consegna del primo *interim* report a maggio 2008, per concludersi nella primavera del 2009. I risultati qui presentati fanno pertanto riferimento alla situazione osservabile empiricamente all'inizio del 2009.

La definizione del campione dell'indagine svolta in quest'ultima fase, quella sugli effetti attesi, è avvenuta attraverso un metodo condiviso con lo staff del settore Governo sociosanitario della Regione Toscana e con l'apporto consultivo da parte del CESVOT. Sulla base della composizione di differenti criteri decisionali, si è così proceduto ad individuare otto casi di SdS/ZD tra l'universo delle trentaquattro unità amministrative della Regione Toscana all'interno delle quali effettuare la rilevazione del questionario degli effetti attesi.

La scelta è stata operata come segue, le unità amministrative individuate sono:

1. Pisana
2. Alta val di Cecina
3. Mugello
4. Pistoiese
5. Grossetana
6. Alta val d'Elsa
7. Val di Chiana aretina

8. Fiorentina Nord ovest

3.1 Presentazione degli otto casi analizzati

Le trentaquattro unità amministrative preposte al governo delle politiche socio sanitarie da parte della Regione Toscana costituiscono l'universo di riferimento per lo svolgimento della ricerca sul campo. Come già mostrato nelle altre sezioni del rapporto, queste trentaquattro unità amministrative non solo frammentano in maniera rilevante le politiche e gli impatti, ma costituiscono un potenziale fattore di varianza estremamente incisivo. La loro differente collocazione geografica con le correlate variabili locali concernenti la cultura politica, lo sviluppo socio economico e il differente rendimento istituzionale, sono tutti elementi che possono condizionare in modo determinante il diverso tipo di impatti delle politiche sociali con possibili ripercussioni sui diritti e sulla qualità democratica locale.

Non vi è dubbio, infatti, che questo localismo istituzionale costituisca un'evidenza empirica di rilievo nello studio della qualità democratica in relazione ai diritti sociali, soprattutto tenendo conto del fatto che i comuni della toscana sono 287, con un'incidenza media teorica di 8,44 comuni per ciascuna unità amministrativa (!), e del fatto che la popolazione complessiva della toscana è poco meno di quattro milioni (per la precisione 3.497.806), con un'incidenza media teorica di 12.187 abitanti per unità amministrativa.

Questo localismo politico – amministrativo, da un lato vincola la possibilità di un dato omogeneo e unitario per la Regione Toscana e, dall'altro, impone delle scelte in termini di campionamento, al fine di poter osservare le differenze sistematiche presenti in modo coerente con le principali disequaglianze rilevanti, senza dover ricorrere all'analisi dell'universo, operazione che con trentaquattro diverse unità risulterebbe improba e costosa.

Questo elemento deve poi tener conto anche del fatto che come noto, le unità amministrative indagate devono essere distinte in due tipi, tra quelle che applicano la sperimentazione derivante dalla L.R. n 40 del 2005, dette *Società della Salute*, e le unità amministrative attuate in obbedienza della L. 328/00, *Zone Socio Sanitarie*, o più brevemente chiamate *zone distretto (ZD)*. Quest'elemento istituzionale rende ancor più complessa una strategia a tappeto, sia perché ci si può trovare dinanzi ad una discontinuità istituzionale portatrice di ulteriore varianza, ma anche perché, data questa diversa configurazione statutaria, si deve osservare che le Società della Salute (SdS) possono presentare morfologie organizzative abbastanza omogenee, frutto di uno specifico disegno di governo da parte della Regione Toscana volto all'integrazione ed al miglioramento delle capacità di input e di output del sistema socio sanitario, mentre le Zone distretto (ZD), regolate da una norma

nazionale, possono presentare caratteristiche morfologiche assolutamente differenziate, per via dell'autonomia formale alle quali le autorizzava il disegno normativo nazionale.

Dunque, non si tratta di una comparazione tra due differenti tipi di unità amministrative, ma tra un tipo nettamente definito sulla carta e potenzialmente omogeneo, almeno come ipotesi, e un tipo disomogeneo già sulla carta. Alla varianza geografica sopra descritta dobbiamo aggiungere un'ulteriore varianza istituzionale.

Per poter svolgere la ricerca sul campo si deve prendere perciò atto della rilevanza di questi fattori e procedere sulla via di un campionamento al fine di ottenere delle generalizzazioni più aderenti alla realtà. E' per questa ragione che si è proceduto all'identificazione di un campione di unità amministrative all'interno delle quali compiere la rilevazione mediante il questionario degli effetti attesi e delle capacità istituzionali. Il campione inizialmente selezionato per l'indagine preliminare sulle capacità istituzionali (vedi par. 6.2, *infra*) è stato rivisto alla luce dell'esperienza acquisita, così da dar luogo ad una strategia di campionamento più raffinata, i cui frutti sono qui riportati.

Il campione annovera otto casi, pari a circa un quarto dell'universo, approssimato per difetto. Questa numerosità è il minimo campionamento rappresentativo dal punto di vista dei rapporti: probabilmente un campione di undici casi, ossia poco meno di un terzo dell'universo, sarebbe stato sicuramente più rappresentativo, ma scarsamente gestibile sia dal punto di vista dei costi, dal momento che le unità amministrative sono comunque molto disperse sul territorio, sia soprattutto della ripartizione interna tra le dimensioni, essendo un numero primo. Un campione superiore ad undici casi, infine, non sarebbe stato neanche gestibile.

Gli otto casi prescelti sono stati selezionati tenendo conto di due dimensioni generali e una sub dimensione. Le dimensioni generali concernono gli aspetti sopra introdotti, vale a dire la variabilità geografica, con le sue correlate variabili locali, e la distinzione istituzionale tra unità amministrative realizzate in obbedienza della recente legge regionale, che costituisce la sperimentazione delle SdS e ZD.

Quest'ultima impone di conseguenza una equidistribuzione tra SdS e ZD. La distinzione geografica, invece, richiede di tenere conto della enorme variabilità del territorio regionale con i suoi differenti fattori locali. Una semplice distinzione tra nord e sud della regione non sarebbe stata affatto sufficiente, così come una mera bipartizione tra costa e interno, poiché l'interno della regione è assolutamente più ampio e variegato, comprendendo aree rurali e di montagna. Il territorio regionale toscano è geograficamente, socialmente, economicamente e culturalmente parcellizzato in micro aree che tengono conto anche di una *path dependency* politica radicata nella storia della regione. Non potendo conferire piena rappresentatività a tutte le specifiche variabilità, cosa che porterebbe a definire un campione di dimensioni troppo ampie, si deve comunque cercare di

utilizzare un numero ristretto di categorie geografiche, le quali tengano in considerazione anche le differenze sopra citate. Quindi, invece di una mera bipartizione, si propone una quadripartizione del territorio regionale in differenti aree: nord centro e sud, più la costa.

La divisione tra nord centro e sud è congruente con l'estensione geografica: l'area settentrionale, identificabile con le province di Massa Carrara, Lucca e Pistoia, e il Mugello per la provincia di Firenze, costituisce un'area autonoma storicamente proiettata verso la Liguria e l'Emilia Romagna. Questa è, sia pure dotata di gradi di sviluppo economico molto differenziati, la parte settentrionale povera a contrasto con la ricchezza dell'area urbana di Lucca e dell'asse Pistoia – Montecatini. E' l'area che storicamente riunisce una sub cultura politica frammentata, tra aree rosse e bianche. L'elemento di comunanza è il fatto di costituire le periferie della regione.

Viceversa, la zona centrale è, per l'appunto, il centro del sistema regionale, sotto il profilo economico, politico, sub culturale. Area tradizionalmente omogenea come matrice rossa di cultura politica, il centro della Toscana è la fascia interna della regione che si occupa le province di Firenze e Prato, e comprende ampia parte delle province di Pisa, Siena e Arezzo.

Infine, la parte meridionale include la Maremma senese e grossetana, la val di Chiana aretina e le colline metallifere appartenenti alla provincia di Pisa, cioè l'Alta val di Cecina comprendente Volterra. E' anche essa un'area economicamente meno sviluppata e periferica politicamente. Si tratta di una zona abbastanza omogenea per quanto concerne la sub cultura rossa, ma esprime un tipo di periferia molto differente da quella dell'area settentrionale, la quale è più ricca e disomogenea al proprio interno.

A queste tre aree che seguono i paralleli, aggiungiamo una quarta area che comprende invece la costa toscana, la quale esprime una peculiarità marittima che la distingue nettamente dalle altre tre. Questa area comprende la Versilia, la costa pisana e grossetana, l'intera provincia di Livorno e l'arcipelago toscano. La disomogeneità geografica sottende problemi economici comuni legati al turismo ed al declino dell'industria pesante. Si tratta di zone parzialmente periferiche accomunate dal tratto dell'appartenenza alla zona rossa.

Accanto alla due dimensioni generali si propone, infine, una sub dimensione di tipo empirico concernente la dimensione istituzionale delle zone distretto. Queste ultime sono davvero molto differenti al proprio interno e per poter compiere una comparazione sistematica, è opportuno distinguere al loro interno tra formule istituzionali e gestionali contigue con il passato delle Unità sanitarie locali e formule invece che privilegiano l'autonomia politica e gestionale, in coerenza con le riforme che enfatizzano l'unione di comuni, la costituzione di società per azioni, fondazioni, consorzi di comuni, vale a dire contesti che privilegiano l'autonomia e l'associazione. Questo secondo tipo è una ZD di tipo innovativo, mentre l'altra esprime continuità. Si propone allora il sub campionamento della categoria delle ZD in due sotto tipi: ZD canoniche e innovative. Così facendo si ottiene un

campione come evidenzia la tabella 1.

Tab. 1 Il campione della ricerca

	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud</i>	<i>Costa</i>
SdS	Mugello	Fiorentina Nord Ovest	Alta Val di Cecina	Pisana
ZD	Pistoiese	Alta Val d'Elsa	Val di Chiana Aretina	Grossetana

3.2 Descrizione del campione

Il campione non rappresentativo sopra elencato è stato costruito seguendo le dimensioni sotto esposte:

- SdS/ZD, ossia equi-distribuzione dell'unità amministrativa diverse pre e post L.R.40/05: Società della salute e Zone socio sanitarie
- Rappresentatività geografica tra aree della regione: Nord, Centro e Sud e Costa
- All'interno delle ZD si è applicato un criterio aggiuntivo di selezione discriminando tra quelle che si sono costituite con forme giuridiche diverse dalla semplice ZD rafforzando così autonomia e identità politico – amministrativa.

Il campione risulta così composito secondo i seguenti criteri:

1. equidistribuzione tra SdS/ZD

Tab. 2 Equidistribuzione nel campione

SdS	ZD
Alta Val di Cecina	Pistoiese
Mugello	Grossetana
Fiorentina Nord ovest	Alta val d'Elsa
Pisana	Val di Chiana aretina

2. rappresentatività geografica

Tab. 3 Rappresentatività geografica

nord	centro	sud	costa
Pistoiese	Alta val d'Elsa	Grossetana	Pisana
Mugello	Fiorentina Nord Ovest	Val di Chiana aretina	Alta val di Cecina

3. ZD canoniche e innovative

Tab. 4 Distinzione tra ZD canoniche e innovative

ZSS canoniche	ZSS innovative
Val di Chiana aretina Pistoiese	Alta Val d'Elsa (Fondazione Territori Sociali) Grossetana (Consorzio CO&SO)

Nota bene: il caso della Pistoiese è stato selezionato quale riserva di un altro caso individuato in un primo momento come maggiormente idoneo, la ZD Valle del Serchio, e poi scartato per difficoltà nel realizzare le interviste. Dinanzi al protrarsi dei tempi di realizzazione, è stato individuato il caso della Pistoiese quale omologo della Valle del Serchio: ZD “canonica” del nord della Toscana.

Come si vede dalla tabella 4, si distingue tra due ZD per così dire “canoniche”, vale a dire la Val di Chiana aretina (sud) e la Pistoiese (nord) e due invece innovative, che hanno scelto la formula della fondazione, Alta Val d'Elsa, (centro), e del consorzio intercomunale, Grossetana (costa), in modo da poter tenere sotto controllo anche questa sottodimensione. In questo modo, come detto precedentemente si vuole osservare se tra ZD impostate su base socio sanitaria e altri tipi di ZD frutto della composizione della volontà politica dei comuni, si manifesta un diverso modo di conseguire gli effetti attesi.

Infine alcune osservazioni a corollario del metodo seguito per le interviste. Queste ultime sono state realizzate nell’ambito di otto *case studies* selezionati con i criteri sopra indicati. All’interno di ogni *case study* i dati sono stati raccolti secondo modalità analoghe, ma non identiche: in alcuni casi le interviste sono state realizzate solamente con il direttore della SdS o ZD, in altri da quest’ultimo/a unitamente a uno o più collaboratori, oppure separatamente prima dal direttore e poi da uno o più collaboratori. In altri casi ancora nella SdS o ZD si è realizzato un vero e proprio *focus group* con anche sei - sette operatori secondo la distribuzione delle competenze a partire dalle aree analizzate. Per questa ragione, più che di strategia di interviste correttamente nel corso del rapporto si farà riferimento a veri e propri *case study*. Nella seconda sezione, in particolare nel paragrafo sugli effetti attesi, che concerne la gran parte delle evidenze mostrate, si farà riferimento esplicito anche ai singoli stralci di intervista a prescindere dall’identità e dalla qualifica dell’intervistato, proprio per via di questa variabilità. Invece, si citerà lo stralcio di intervista con il riferimento al singolo *case study* mediante l’acronimo CS seguito dal numero di caso nel modo seguente secondo l’ordine temporale di effettuazione: Val di Chiana aretina (CS1); Mugello (CS2); Grossetana (CS3); Pisana (CS4); Alta val di Cecina (CS5); Alta val d'Elsa (CS6); Fiorentina Nord Ovest (CS7); Pistoiese (CS8).

Tab. 5 Corrispondenza codici dei case studies

CS1	Val di Chiana aretina
CS2	Mugello
CS3	Grossetana
CS4	Pisana
CS5	Alta val di Cecina
CS6	Alta val d'Elsa
CS7	Fiorentina Nord Ovest
CS8	Pistoiese

4. Il contesto: il caso toscano nel panorama nazionale

4.1 Le politiche di assistenza sociale in Italia tra stato e regioni

La prima legge di disciplina del settore socio-assistenziale in Italia risale al 1890, Legge n. 6972 “Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”, passata alla storia come “legge Crispi”. Questa legge si proponeva di provvedere al riordino dell’intricato sistema delle Opere Pie, attribuendo loro personalità giuridica pubblica e denominandole Istituti pubblici di beneficenza (IPAB), di fatto riconoscendo loro il ruolo portante dell’intero sistema. Lo stato unitario alla sua nascita aveva infatti ereditato un patrimonio enorme di istituzioni private assistenziali: nel 1880 le Opere Pie erano 11.495, di cui quasi la metà controllate da congregazioni religiose, tale numero salì a quota 23.272 nel 1900. La legge Crispi tuttavia, sebbene abbia avuto il pregio di riconoscere le finalità delle istituzioni di beneficenza quali fini pubblici, era ancora improntata al paternalismo e al controllo sociale degli assistiti ed ebbe una portata molto limitata sulla configurazione del sistema. Non si occupava infatti né della programmazione dei servizi da erogare ai soggetti in difficoltà, né della riforma della rete degli enti gestori.

Il primo passo verso la modernizzazione del settore viene fatto corrispondere alla nascita della Repubblica. La Costituzione delineava infatti una nuova concezione dell’assistenza: un vero e proprio diritto sociale universale, dunque non più come un intervento statale occasionale finalizzato a mantenere l’ordine pubblico, a favore di chi si trova in stato di bisogno. I principi generali sono contenuti negli articoli 2 e 3, mentre dell’assistenza in particolare la Costituzione si occupa in due distinti articoli il 38 e il 117. L’art. 38 recita che “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale”; al quarto comma stabilisce che spetta allo Stato realizzare la tutela dei soggetti protetti nonché predisporre ed organizzare un compiuto sistema di sicurezza sociale, precisando tuttavia la non onnicomprensività del settore pubblico per gli interventi in questa materia. L’art. 117, invece, si occupa dell’assistenza nell’attribuzione delle funzioni alle Regioni. E’ da notare che questo articolo è rimasto completamente non attuato fino all’istituzione delle Regioni a statuto ordinario nel 1970, che rese possibile attuare il decentramento amministrativo previsto dall’art. 117 della Costituzione. Attraverso i decreti presidenziali del 1972 e 1977¹, le responsabilità nell’ambito dell’assistenza sociale vennero così decentrate a regioni ed enti locali, che avrebbero dovuto gradualmente sostituire la pluralità di enti preposti a tali funzioni (organizzati seguendo una logica spartitoria

¹ Il DPR del 1972 trasferisce le competenze in materia di assistenza e beneficenza pubblica alle regioni, mentre il D.P.R. del 1977 (n. 616) prescrive la soppressione di numerosi enti assistenziali nazionali e delle Ipab e il trasferimento delle loro funzioni ai comuni.

delle categorie di bisogno e di beneficiari), mentre allo stato vennero lasciate le competenze relative alle misure di natura contributiva.

Nel trasferimento delle responsabilità dal centro alle regioni, i decreti non prescissero principi guida o standard generali da rispettare da parte dei livelli di governo regionali e locali: preannunciavano semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire una uniformità di base dell'intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, come sappiamo, solo nel 2000, con il provvedimento istitutivo del Sistema Integrato dei Servizi Sociali (L. 328/2000) l'Italia si è dotata di una legge quadro nazionale sull'assistenza sociale.

L'assenza di precisi indirizzi politici ebbe in quei decenni importanti risvolti. Questa lacuna permise di fatto, nell'arco di oltre un ventennio, lo sviluppo disordinato e disorganico della normativa e degli interventi a livello regionale e sub-regionale. La non-definizione da parte del legislatore nazionale di un sistema di diritti sociali minimi da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale diede il via ad una differenziazione territoriale significativa per quanto riguarda le forme di intervento, i soggetti competenti dei diversi interventi, la titolarità e l'esigibilità delle differenti prestazioni. In seguito al D.P.R. del 1977, la produzione normativa di riordino prese infatti avvio nella maggior parte delle regioni italiane, seguendo tuttavia percorsi differenti non solo qualitativamente e quantitativamente ma anche in relazione alla maggiore o minore lentezza (il *timing*) con cui i provvedimenti vennero emanati.

A livello nazionale, nel corso degli anni Ottanta gli interventi legislativi settoriali furono principalmente volti al contenimento della spesa pubblica, mentre a livello locale regioni e comuni strutturarono differenti prestazioni e definirono beneficiari e criteri d'accesso sulla base dei propri orientamenti, *standard* e capacità di spesa. Si consolidò così un sistema estremamente variegato, in cui i provvedimenti di assistenza sociale si presentavano disomogenei a livello locale e stentati a livello nazionale. In particolare, il compito di alleviare la povertà e le situazioni di bisogno a livello nazionale veniva assolto principalmente attraverso un uso improprio delle politiche previdenziali (per lo più tramite due istituti, la Pensione contributiva di invalidità e l'indennità di disoccupazione) e delle misure assistenziali esistenti di tipo categoriale, sfruttando tutti gli spazi di discrezionalità lasciati dalla normativa e talvolta anche aggirando le norme stesse.

La riforma dell'assistenza, che già dagli anni Settanta pareva imminente (il primo progetto di legge di riforma dell'assistenza sociale presentato in Parlamento risale al 1970), in realtà ha preso forma solo nel 2000. Sebbene dal 1970, praticamente in ogni legislatura, si sia registrata la presenza di più progetti di riforma del settore, si è dovuto attendere il 1998, con il primo governo Prodi, per avere il primo disegno di legge governativo di riforma dell'assistenza sociale (n. 4931). Il testo,

largamente condiviso all'interno della maggioranza, discendeva dall'accordo siglato nel novembre 1997 da governo e parti sociali, in cui si conveniva in modo esplicito sui fondamentali indirizzi della riforma dell'assistenza.

La legge di riforma, dati i suoi contenuti, rappresenta senza dubbio un grosso passo in avanti rispetto al passato del settore assistenziale italiano, l'impatto del suo slancio riformista risulta tuttavia affievolito sia in seguito alle vicende di natura politica che hanno portato ad un cambio della maggioranza di governo nel 2001 e di conseguenza anche al sostegno alle linee della riforma e all'impegno nell'attuazione della stessa; sia a causa dell'intervenuta riforma del Titolo V (parte II) della Costituzione del 2001 che senza dubbio ne ha intaccato la coerenza². Il nuovo testo costituzionale, infatti, non annovera l'assistenza sociale fra le materie a cui è riservata competenza esclusiva o concorrente allo Stato. Per esclusione essa diviene dunque, di fatto, materia di competenza esclusiva delle Regioni. Viene infatti sancito che “spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”. Le Regioni, prima della riforma del testo costituzionale e in base alla Legge 328/00, avevano l'obbligo di legiferare conformemente all'intero impianto della legge quadro promossa dal livello centrale, dunque non solo ai suoi principi ma anche alle disposizioni in merito alla programmazione, agli attori e agli interventi delineati attraverso il Piano Sociale Nazionale. Secondo quanto definito dal nuovo impianto costituzionale le Regioni, invece, hanno potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza, dovendo quindi garantire solo i livelli essenziali delle prestazioni definiti a livello nazionale. Le Regioni potranno in altre parole guidare lo sviluppo della propria politica sociale in modo autonomo, compiendo scelte proprie riguardo sia agli obiettivi sia agli strumenti. I legislatori regionali hanno infatti la possibilità di decidere se e in quale misura aderire al dettato della Legge 328/00 nella costruzione dei propri sistemi sociali.

L'art. 120 precisa però che “Il Governo può sostituirsi a organi delle regioni, delle città metropolitane, delle province e dei comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”.

Lo Stato, attribuendosi la competenza di definire i livelli essenziali riguardanti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, mantiene una funzione di garanzia estremamente significativa che qualora concretizzata potrebbe contrastare le iniquità realizzatesi nel corso degli anni tra le diverse aree del nostro paese. A garanzia dell'uniformità dei diritti *essenziali*, qualora una volta delineati i livelli essenziali di assistenza sociale le singole Regioni non

² C. Gori (2004) La riforma dei servizi sociali, Roma, Carocci.

fossero in grado di far fronte alla loro attuazione, lo Stato avrebbe infatti il diritto-dovere di intervento esercitando di fatto un potere sostitutivo. La finalità di questa clausola, che può essere definita *difensiva*, dà forma concreta alla volontà di contenere i rischi di una eccessiva disomogeneità dei livelli minimi delle prestazioni sociali garantiti nelle diverse aree del paese³. Tuttavia, dalla riforma del Titolo V ad oggi, il bilancio in materia appare modesto. Con riferimento alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nulla è ancora stato fatto di concreto⁴, permanendo dunque quella situazione di completa autonomia in capo ai governi regionali, già propria dei decenni precedenti.

4.2. La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: produzione normativa e articolazione istituzionale

Le diverse caratteristiche che la cittadinanza sociale ha assunto nelle diverse aree del paese in termini di diritti sociali sono strettamente collegate alla capacità delle periferie di farsi carico sin dagli anni Settanta delle competenze trasferite dal centro, nonostante il disimpegno del livello centrale per quanto riguarda le attività di indirizzo, programmazione e coordinamento. Capacità che risentono di una molteplicità di fattori di natura culturale, dalla sensibilità politica della classe di governo e probabilmente dal *problem pressure* propri degli anni in cui il settore dell'assistenza sociale è andato strutturandosi.⁵

La Toscana è fra le regioni che assumono da subito il ruolo di governo del proprio sistema socio-assistenziale regionale, disciplinando interventi e competenze attraverso leggi quadro di settore (cfr. tab. 1). La prima, che risale al 1976, permette di includere la Toscana, insieme a Emilia Romagna (1974), Umbria (1974), Lazio (1977) e Piemonte (1977), nel gruppo delle regioni di avanguardia, che disciplinano il settore prima degli anni Ottanta. Alla prima legge quadro ne sono seguite altre tre. In particolare la l.r. 72/1997 ha promosso il riassetto del settore socio-assistenziale anticipando in molti aspetti i contenuti della legge quadro nazionale approvata nel 2000 (l. 328/2000).

Alla normativa quadro si è accompagnata una produzione normativa ampia anche per aree di intervento. Guardando alle sole aree considerate nella ricerca - anziani, disabili, famiglia e minori, immigrazione – la raccolta delle leggi regionali è corposa (cfr. tab. 6), a testimonianza della sensibilità e dell'attenzione riservata del governo regionale a questi temi.

³ E. Ferioli (2003) LIVEAS: dalla discrezionalità all'esigibilità?, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 21, pp. 1-3.

⁴ Per un approfondimento si rimanda a C. Gori e I. Madama (2007) Che cosa è andato storto? L'influenza della Commissione Onofri sulle politiche socio-assistenziali in Italia, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 19-20, pp. 24-33.

⁵ V. Fargion (1997) Geografia della cittadinanza sociale, Bologna, Il Mulino.

Tab. 6: La produzione normativa regionale in materia di assistenza sociale dal 1970 ad oggi

<p><i>Normativa quadro di settore</i></p>
<p>- legge regionale 25 febbraio 2005, n. 41 sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (successivamente modificata dalla l.r. n. 83 del 28 dicembre 2009)</p> <p>- legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati</p> <p>- legge regionale 2 settembre 1992, n. 42 esercizio di funzioni in materia di assistenza sociale</p> <p>- legge regionale 7 aprile 1976, n. 19</p> <p>- legge regionale 23 marzo 1994, n. 25 interventi regionali nel settore dell'infanzia e dell'età evolutiva, realizzati attraverso l'istituto degli innocenti di Firenze</p> <p>- legge regionale 14 aprile 1990, n. 45 interventi regionali per lo studio, ricerca e documentazione sull'infanzia e l'età evolutiva, per la sperimentazione socio-assistenziale ed educativa e per la formazione degli operatori addetti al settore.</p> <p>- legge regionale 2 settembre 1986, n. 47 nuova disciplina degli asili nido.</p> <p>- legge regionale 27 marzo 1980, n. 21 integrazioni alla lr 24-3-1973, n. 16 relativa alla disciplina degli asili nido.</p> <p>- legge regionale 8 gennaio 1979, n. 2 modifiche in materia di personale alla lr 24 marzo 1973, n. 16 relativa alla disciplina degli asili nido.</p> <p>- legge regionale 1 settembre 1979, n. 41 contributi della regione toscana per iniziative relative all'anno internazionale del bambino.</p> <p>- legge regionale 4 dicembre 1978, n. 75 intervento regionale integrativo alla legge 6-12-1971, n. 1044 per la costruzione di asili nido (llrr 22-5-1974, n. 24, 31-5-1975, n. 62 e 30-12-1975, n. 81). integrazione fondi per revisione prezzi.</p> <p>- legge regionale 7 aprile 1975, n. 24 organizzazione dei corsi di perfezionamento e di aggiornamento del personale educativo ed ausiliario degli asili nido.</p> <p>- legge regionale 23 maggio 1975, n. 51 modifica articolo 15 della legge regionale 24 marzo 1973, n. 6 "disciplina degli asili nido".</p> <p>- legge regionale 31 maggio 1975, n. 62 fondo per l'integrazione del finanziamento della legge regionale 27-5-1974, n. 24, per la costruzione di asili nido</p> <p>- legge regionale 27 maggio 1974, n. 24 intervento regionale integrativo alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044 per la costruzione di asili - nido. accensione di un mutuo per il finanziamento della costruzione di n. 50 asili - nido.</p> <p>- legge regionale 24 marzo 1973, n. 16 disciplina degli asili nido.</p>
<p><i>Area anziani</i></p>
<p>- legge regionale 21 dicembre 1995, n. 108 norme a favore della popolazione anziana non autosufficiente.</p> <p>- legge regionale 26 maggio 1993, n. 33 integrazione dell'art. 38, lr 6-12-84, n. 70, come sostituito dall'art. 7 della lr 30-4-90, n. 61. assistenza</p>

sanitaria per i ricoverati in residenze sanitarie assistenziali e per i soggetti non ambulabili.

- legge regionale 5 agosto 1993, n. 49

interventi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare alla popolazione anziana non autosufficiente.

- legge regionale 27 marzo 1980 n. 20

interventi a favore delle persone non autosufficienti

- legge regionale 5 settembre 1974, n. 57

assistenza domiciliare alle persone anziane - provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi.

- legge regionale 3 gennaio 1973, n. 3

provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi per l'assistenza domiciliare alle persone anziane.

- legge regionale 12 luglio 1973, n. 37

provvedimenti a favore dei comuni o loro consorzi per l'assistenza domiciliare alle persone anziane - legge regionale n. 3 del 3-1-1973 - dotazione finanziaria.

Area disabili

- legge regionale 29 dicembre 2003, n. 66

modifiche alla legge regionale 9 settembre 1991, n. 47 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche".

legge regionale 3 febbraio 2000, n. 12

LR n. 52/98 "Norme in materia di politiche del lavoro e di servizi per l'impiego". Modifiche ed integrazioni.

- legge regionale 20 marzo 2000, n. 34

modifica ed integrazione della legge regionale 9 settembre 1991 n. 47 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche".

- legge regionale 11 maggio 1991, N. 17

Modificazioni ed integrazioni della LR 32/85. Istituzione della Consulta Regionale degli invalidi e degli handicappati.

- legge regionale 11 maggio 1991, N. 18

Modificazioni ed integrazioni della LR 42/85 "Iniziativa diretta alla piena integrazione dei soggetti colpiti da minorazioni psichiche e fisiche, erogazione di provvidenze a favore delle Associazioni ed Enti di promozione, tutela ed assistenza agli invalidi"

- legge regionale 9 settembre 1991, N. 47

norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche

- legge regionale 31 marzo 1990, n. 35

attività di telesoccorso e telecontrollo.

- legge regionale 17 luglio 1989, n. 43

assegno di incollocamento a favore degli invalidi del lavoro

- legge regionale 26 agosto 1988, n. 63

norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro per l'anno 1988.

- legge regionale 18 maggio 1987, n. 28

modifica dell'art. 3 della legge regionale 2 maggio 1985, n. 46. Norme per l'erogazione delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.

- legge regionale 1 settembre 1986, n. 44

modifiche ed integrazioni della LR 6 settembre 1982, n. 73 concernente: "Interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate".

- legge regionale 9 aprile 1985, n. 32

istituzione della Consulta Regionale degli invalidi e degli handicappati.

- legge regionale 2 maggio 1985, n. 41

norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro per il triennio 1985-1987.

- legge regionale 2 maggio 1985, n. 42

iniziative dirette alla piena integrazione sociale dei soggetti colpiti da minorazioni psichiche e fisiche. Erogazione di provvidenze a favore delle associazioni ed enti di promozione tutela e assistenza agli invalidi.

- legge regionale 2 maggio 1985, n. 46

norme per l'erogazione delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali, dipendenti da qualunque causa.

- legge regionale 13 agosto 1984, n. 51

modificazioni alla LR 6/9/1982 n. 73 concernente interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate.

- legge regionale 20 agosto 1984, n. 57

modificazione alla LR 66/82, concernente norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro - in particolare modificazioni ai commi Primo e Secondo dell'art. 3 (valutazione dello stato di bisogno) ed all'articolo 4 (misura dell'assegno mensile).

- legge regionale 1 febbraio 1982, n. 9

attività a favore dei non vedenti trasferiti a norma del DPR 616/77. Ristrutturazione dei servizi e inquadramento del personale.

- legge regionale 27 luglio 1982, n. 66

norme transitorie per l'adeguamento dei criteri di erogazione dell'assegno di incollocamento agli invalidi del lavoro per l'anno 1982.

- legge regionale 6 settembre 1982, n. 73

interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate

- legge regionale 27 marzo 1980, n. 20

interventi a favore delle persone non autosufficienti

Area immigrati

- legge regionale 02 novembre 2005 n. 59

Norme in materia di alienazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica a favore dei profughi di cui all'articolo 17 della legge 4 marzo 1952, n. 137 (Assistenza a favore dei profughi) ovvero all'articolo 34 della legge 26 dicembre 1981, n. 763 (Normativa organica per i profughi).

- legge regionale 21 dicembre 1995, n. 109

Proroga durata della Consulta Regionale dell'Immigrazione extracomunitaria di cui all'art. 6 della LR 22 marzo 1990, n. 22.

- legge regionale 6 luglio 1992, n. 29

Modifiche ed integrazioni alla LR 22/90 "Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati extracomunitari".

- legge regionale 22 marzo 1990, n. 22

Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati extracomunitari in Toscana.

- legge regionale 30 aprile 1990, n. 56

Programma straordinario ed urgente a favore degli stranieri immigrati, gli esuli ed i loro familiari nel Comune di Firenze ed in altri comuni.

- legge regionale 7 gennaio 1981, n. 1

Nuove norme concernenti la consulta regionale della emigrazione e dell'immigrazione.

- legge regionale 17 dicembre 1979, n. 62

Modifiche ed integrazioni alla LR 4-8-1977, n. 46.

- legge regionale 4 agosto 1977, n. 46

Istituzione della consulta regionale della emigrazione e dell'immigrazione ed interventi a favore dei lavoratori emigrati e delle loro famiglie.

Fonte: Regione Toscana

Riprendendo la definizione presente nell'ultima legge regionale di disciplina del settore

socio-assistenziale (l.r. 41/2005), per interventi e servizi sociali si intendono “tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia”. Le finalità del sistema integrato risiedono nella promozione e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale, della qualità della vita, dell'autonomia individuale, delle pari opportunità, della non discriminazione, della coesione sociale, nonché nell'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione.

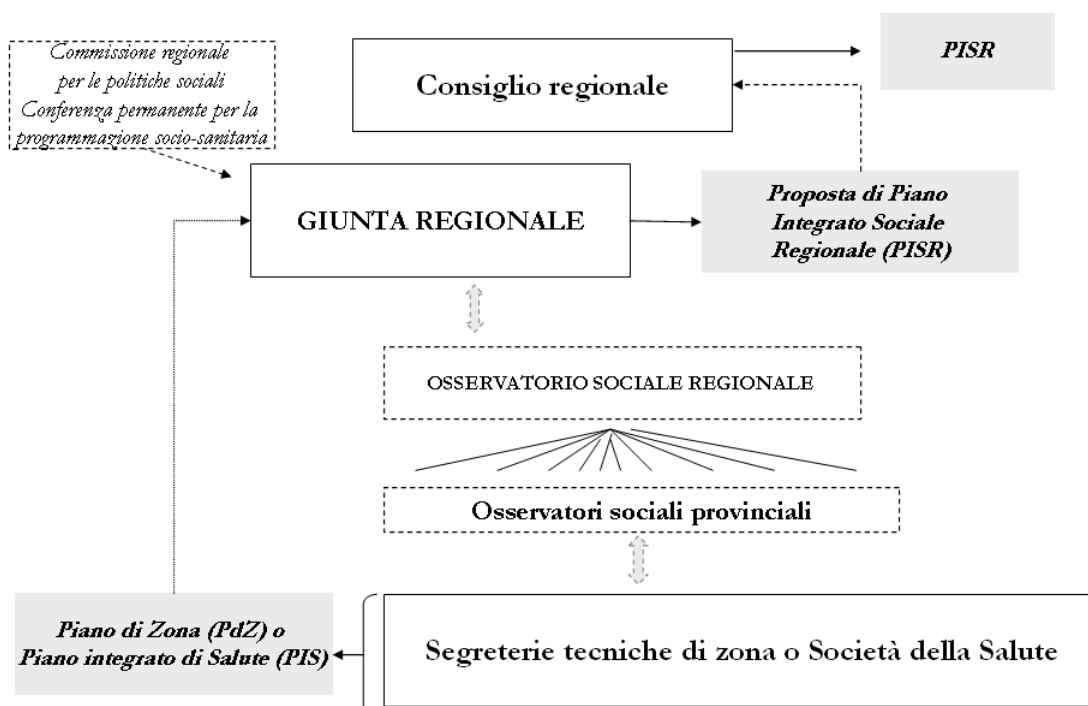
L'articolazione istituzionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali regionale toscano nel periodo della ricerca qui presentata è illustrata in modo sintetico nella figura 1⁶. La governance del sistema si orienta ai principi della programmazione e dell'integrazione degli interventi. A livello regionale, il principale strumento di programmazione è Piano Integrato Sociale Regionale (PISR), approvato dal Consiglio su proposta della Giunta. Nel dettaglio, il PISR è chiamato a definire gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi e le eventuali prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali definiti a livello nazionale, gli indirizzi generali da utilizzare per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni e le modalità di ripartizione agli enti locali delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi. Il piano, la cui durata corrisponde a quella del programma regionale di sviluppo, viene di norma approvato nell'anno di inizio del quinquennio al quale si riferisce la programmazione, pur prevedendo aggiornamenti annuali in coerenza con gli atti regionali di indirizzo economico e finanziario.

A livello locale il principio della programmazione degli interventi trova concretizzazione nei Piani di Zona (PdZ). Partendo dalle indicazioni e dagli obiettivi contenuti nel piano integrato sociale regionale, il PdZ delinea la rete dei servizi e degli interventi attivati e promossi dai comuni nel territorio e le modalità di coordinamento e integrazione, oltre a individuare i soggetti titolari e le risorse necessarie alla realizzazione degli interventi. A partire dal 2004, in seguito all'avvio della sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente, nelle zone-distretto che si sono candidate alla sperimentazione il Piano sociale di zona è stato sostituito dal Piano Integrato di Salute (PIS), uno strumento di

⁶ A seguito dell'entrata in vigore della legge regionale n. 60 del 10 novembre 2008, recante modifiche alla l.r. 40 del 2005 sulla disciplina del Servizio sanitario regionale, che rende compiuta l'integrazione socio-sanitaria in Toscana, dal prossimo esercizio di programmazione il Piano Sanitario Regionale e il Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) verranno sostituiti dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, mentre con l'entrata a regime delle Società della Salute il documento programmatico a livello zonale sarà ovunque il Piano Integrato di Salute (vedi infra).

programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie.⁷

Fig. 1: L'articolazione istituzionale del sistema integrato dei servizi sociali toscano



Oltre agli attori pubblici, alla realizzazione delle finalità individuate dalla normativa sono chiamati a concorrere anche i soggetti sociali ed economici. In particolare, tra i soggetti sociali al terzo settore⁸ è riconosciuto un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali. I soggetti privati non a scopo di lucro sono infatti invitati a contribuire ai processi di programmazione regionale e locale, oltre a partecipare alla progettazione e all'attuazione degli interventi e dei servizi. A livello regionale la legge prevede l'istituzione presso la Giunta di un'apposita Commissione regionale per le politiche sociali, con funzioni consultive e propositive, composta da rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali⁹. A livello locale, i soggetti del terzo settore presenti sul territorio (insieme alle

⁷ Al momento in cui la ricerca si è svolta, la sperimentazione delle Società della salute coinvolgeva 18 zone socio-sanitarie, comprendendo circa il 60% dei Comuni toscani.

⁸ Che include le organizzazioni di volontariato; le associazioni e gli enti di promozione sociale; le cooperative sociali; le fondazioni; gli enti di patronato; gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 (Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l'iscrizione); gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese; e gli altri soggetti privati non a scopo di lucro. A fine 2007, questa realtà in Toscana comprendeva oltre 4500 enti.

⁹ Funzioni consultive sono inoltre attribuite alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria,

organizzazioni sindacali e le parti sociali, nonché le associazioni di tutela degli utenti e dei consumatori) sono invece invitati a partecipare, con funzioni consultive e propositive, alla conferenza istruttoria in vista dell'approvazione del Piano di Zona.

L'istituzionalizzazione di pratiche riflessive rappresenta un'ulteriore caratteristica distintiva del sistema di governance toscano. La sfida venne raccolta già nella seconda metà degli anni Novanta con l'istituzione del sistema informativo regionale sui servizi sociali, deputato a produrre evidenza empirica strumentale alla governance del settore socio-assistenziale. Risale infatti al 1997 la creazione della rete degli Osservatori sulle politiche sociali (L. R. 72/1997), composta di dieci osservatori articolati a livello provinciale e raccordati attraverso l'osservatorio sociale regionale¹⁰. In particolare, a supporto delle funzioni di programmazione, l'Osservatorio sociale regionale è chiamato a predisporre i materiali necessari per l'elaborazione della "relazione sociale", documento che la Giunta è tenuta a presentare al Consiglio regionale con cadenza almeno triennale, al 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 dei servizi, nonché disporre di elementi conoscitivi adeguati per la successiva programmazione di settore. Anche a livello di zona è prevista una relazione sociale (la "relazione consuntiva annuale") per la verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona. In questo caso, sono gli osservatori provinciali che supportano le segreterie tecniche nella predisposizione delle relazioni, che dopo essere state adottate dalla conferenza dei sindaci di zona-distretto, vengono trasmesse alla Giunta regionale¹¹.

L'attenzione riservata al settore socio-assistenziale, testimoniata dall'ampia produzione normativa in materia, trova affermazione anche guardando allo sforzo effettivo della regione in termini di spesa e di offerta di prestazioni e servizi, oggetto delle sezioni successive.

Prima, però, di volgere lo sguardo a indicatori di *effort* (quelli relativi a spesa sociale e offerta di servizi) e di *performance* (quelli relativi a povertà e diseguaglianza dei redditi), ci pare opportuno volgere brevemente l'attenzione a due recenti sviluppi del quadro della *policy* dell'assistenza sociale in Toscana che, sebbene si situino almeno parzialmente al di là dell'ambito temporale nel quale la nostra ricerca è collocata, costituiscono il completamento dei processi da noi osservati: il *Progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti* e la messa a regime

l'organo attraverso cui gli enti locali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociosanitaria, il cui parere deve essere acquisito dalla Giunta sulla proposta di PISR.

¹⁰ Secondo quanto disposto dalla normativa, il sistema degli osservatori è volto a "fornire elementi utili per la valutazione di efficacia delle politiche sociali, promosse dalla regione ed attuate dagli Enti locali e dal terzo settore, e per la progettazione di nuove politiche, utilizzando e rielaborando anche dati sulla struttura della popolazione regionale, sui bisogni e sulle risorse provenienti dagli altri sistemi informativi esistenti e dall'ufficio di statistica regionale, oltre a svolgere analisi mirate su specifici fenomeni sociali".

¹¹ A partire dal 2004 la regione ha inoltre dato il via alla sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente. Nelle zone-distretto che si sono candidate alla sperimentazione il Piano sociale di zona viene sostituito dal Piano Integrato di Salute (PIS) uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie.

del *Fondo per la non autosufficienza* da un lato; il completamento della fase di sperimentazione delle Società della Salute e la loro messa a regime dall'altro.

4.3. Il Progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti

Dando seguito a quanto disposto nella legge regionale sul *Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale* (L. 41/2005, si veda in particolare art. 54), il *Piano integrato sociale regionale 2007-2010* riconosce alle politiche per la non autosufficienza un ruolo di primo piano, avanzando alcune linee guida per il loro sviluppo. Strumento di attuazione del PISR, il *Progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti* prevede l'avvio nel triennio 2008-2010 di un sistema integrato dei servizi sociosanitari dedicati alle persone non autosufficienti, volto a "garantire il diritto alla certezza della prestazione sociosanitaria appropriata alla persona non autosufficiente".

Obiettivo di fondo del progetto è la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti sul territorio regionale che offrano certezza di assistenza a fronte di un bisogno legato alla non autosufficienza. In particolare, proseguendo lungo le linee già tracciate nel 2004 (D.G.R. 402/2004), il sistema integrato poggia sull'attivazione sull'intero territorio regionale di alcuni interventi di base tra cui:

- l'attivazione del Punto unico di accesso distrettuale (PUA);
- la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno;
- la definizione di protocolli per la quantificazione dei carichi assistenziali e la determinazione degli indici di gravità;
- l'articolazione di pacchetti assistenziali appropriati a seconda del bisogno espresso.

Sul piano organizzativo, nel sistema integrato delineato dal *Progetto per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti* un ruolo primario viene riconosciuto alle Società della Salute. Ad esse spetta, infatti, nell'ambito della definizione del *Piano integrato di Salute* (PIS) la predisposizione del "Piano territoriale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", in cui devono essere espresse:

- le azioni attuative (con le relative schede progettuali, in cui vengono precisati anche obiettivi e risultati attesi);
- le risorse messe a disposizione dai Comuni e quelle destinate dal Fondo Regionale per la non-autosufficienza;
- il livello organizzativo operativo dell'accesso, valutazione e presa in carico;
- i servizi che costituiscono la rete dell'offerta assistenziale;

- i relativi fabbisogni in coerenza con il progetto regionale;
- la definizione degli strumenti di monitoraggio e valutazione.

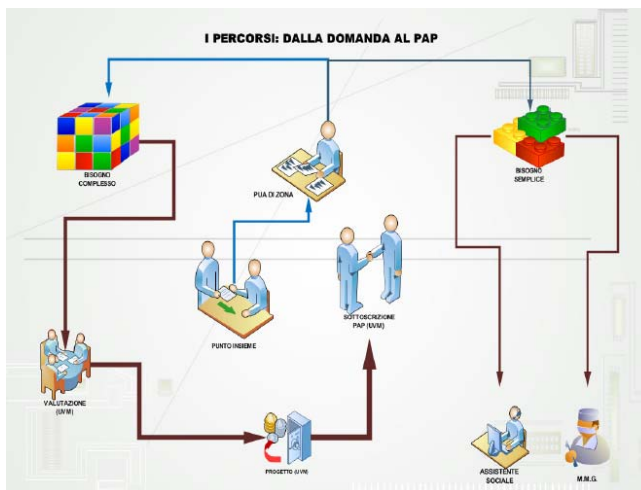
Seguendo il principio di promozione delle pratiche concertative e partecipative che contraddistingue il modello toscano, attraverso lo strumento dei patti territoriali le Società della Salute sono inoltre chiamate a promuovere la progettazione sociale partecipata, coinvolgendo i diversi soggetti, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Sul piano operativo, la procedura di accesso al sistema integrato da parte degli utenti è definita in modo omogeneo a livello regionale e prevede il coinvolgimento di diversi soggetti in una serie di passi consecutivi (si veda la fig. 2). Ogni zona-distretto istituisce dei punti d'accesso, denominati "Punti Insieme", che con sedi accessibili e riconoscibili rappresentano delle articolazioni funzionali diffuse sul territorio dei Punti Unici di Accesso (PUA). I Punti Insieme hanno la funzione di accogliere le richieste e le segnalazioni di bisogno oltre ad orientare e informare il cittadino. Essi avviano inoltre la raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione multidimensionale dello stato di bisogno dell'individuo, informazioni che verranno poi trasmesse al Punto Unico di Accesso della zona-distretto. Il PUA a sua volta, nel caso si tratti di un bisogno semplice solo sanitario e solo sociale, invierà le persone ai relativi professionisti. Se al contrario si tratta di un bisogno complesso viene attivato il percorso per le persone non autosufficienti che prevede, in primo luogo, la valutazione della situazione di bisogno da parte di un'equipe di professionisti, l'Unità di valutazione multimensionale (UVM). L'UVM è composta da un nucleo stabile formato da un medico del distretto, un assistente sociale e un infermiere, a cui possono aggiungersi il medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione, specialisti e operatori della riabilitazione.

Dopo aver valutato la condizione di bisogno del richiedente e il livello di gravità - sulla base di scale di valutazione omogenee predisposte dalla regione che tengono conto di diverse dimensioni del bisogno¹², l'UVM definisce un Progetto assistenziale personalizzato (PAP) che verrà poi proposto per la sottoscrizione alla famiglia della persona non autosufficiente.

Fig. 2 L'accesso al sistema

¹² Le dimensioni di bisogno considerate sono tre: clinico-funzionale; cognitivo-emotivo-comportamentale; socio-ambientale.



Fonte: Regione Toscana, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente (vers. settembre 2008, pag. 43)

Sul piano delle prestazioni, a lato del sistema dei Punti Insieme e dei Punti unici di accesso, il progetto prevede l'introduzione di Livelli essenziali delle prestazioni volti ad assicurare all'individuo la certezza della prestazione anche attraverso l'identificazione di una serie di tipologie di offerta da garantirsi in ogni realtà territoriale e/o ogni dato numero di abitanti. Privilegiando, ove possibile, soluzioni che favoriscano la domiciliarità dell'assistito, le tipologie di intervento da attivare a seconda delle specificità della situazione di bisogno espressa sono:

- interventi sulla fragilità;
- interventi sull'area dello scompensazione post-acuta;
- percorsi di lungassistenza;
- sostegno alla famiglia e qualificazione del lavoro dell'assistente familiare;
- malati cronici non autosufficienti: una sola risposta.

A ciascuna di esse corrisponde un insieme di prestazioni garantite, che vanno dunque a conformarsi come livello essenziale.

Per gli interventi tradizionali in materia di non autosufficienza – assistenza domiciliare e servizi residenziali - la Regione per il triennio 2008-2010 ha definito alcuni obiettivi quantitativi:

- allargamento e potenziamento dell'assistenza domiciliare (dalle attuali 8.000 persone assistite a circa 16.000 persone);
- riduzione della metà delle liste attese nelle RSA.

4.4. La conclusione della fase di sperimentazione delle Società della Salute

Nel mese di Novembre 2008, il Consiglio Regionale Toscano ha varato la legge di modifica della l.r. 40/2005, istituendo la Società della Salute quale strumento ordinario di gestione integrata dei sistemi socio-assistenziale e socio-sanitario toscani, mentre rimane ovviamente il carattere volontario della costituzione dei Consorzi condizionato alla scelta in tal senso dei Comuni. Il lungo processo di progettazione e sperimentazione delle SdS – iniziato nel 2003 – è dunque giunto al suo momento conclusivo; nella tabella seguente elenchiamo le tappe normative di questo percorso.

Tabella 7 Le tappe della sperimentazione delle Società della Salute

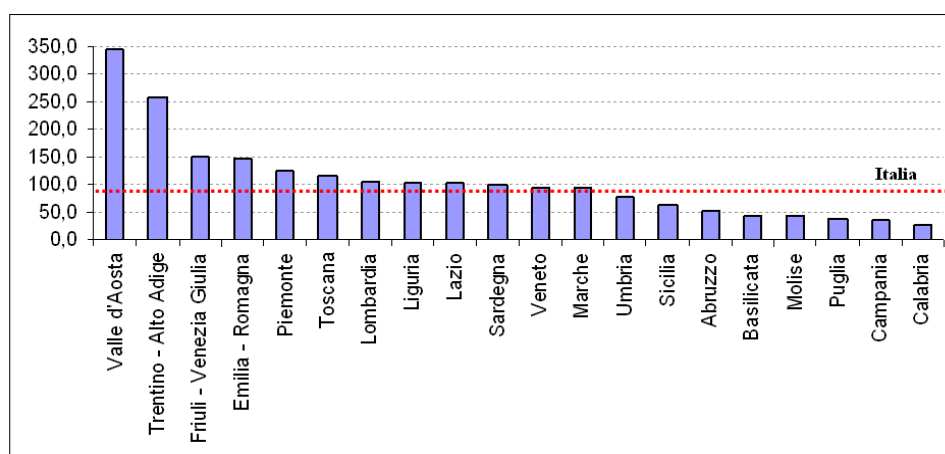
Delibera Consiglio Regione Toscana n° 155 del 23/09/2003 <i>Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute.</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 269 del 22/03/2004 <i>Avvio della sperimentazione della Società della Salute.</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 682 del 12/07/2004 <i>Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute.</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 827 del 08/08/2005 <i>L.R. 40/05, art. 21: identificazione percorsi di avvio per la costruzione del Piano Integrato di Salute.</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 442 del 19/06/2006 <i>Indicazioni alle Società della Salute per la prosecuzione della sperimentazione per l'anno 2006.</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 520 del 17/07/2006
Delibera C.R. 155/2003 <i>Istituzione della Consulta regionale per il processo di sperimentazione delle Società della Salute</i>
Delibera Giunta Regione Toscana n° 522 del 17/07/2006
Delibera G.R.T. 442 del 19/06/2006 <i>Integrazione. "Indicazioni alle Società della Salute per la prosecuzione della sperimentazione per l'anno 2006"</i>
Delibera Consiglio Regione Toscana n° 80 del 26/07/2006 <i>Modifiche alla deliberazione del Consiglio regionale 24 settembre 2003, n. 155 (Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute).</i>
Delibera Giunta Regione Toscana - Proposta di Legge n° 11 del 21/04/2008 <i>Modifica alla Legge Regionale del 24 febbraio 2005 n° 40 Disciplina del Servizio Sanitario Regionale.</i>
Proposta di Legge n° 271 del 28/04/2008 <i>Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) di iniziativa GR/Rossi</i>
Legge Regionale n° 60 del 10 novembre 2008 <i>Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005 n° 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).</i>

4.5 La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: indicatori di spesa e di offerta

Lo strumento principale per il finanziamento del sistema integrato è il fondo regionale per le politiche sociali, in cui confluiscono le risorse regionali determinate annualmente con legge di bilancio, nonché le risorse trasferite dallo Stato o provenienti dall'Unione europea destinate alla realizzazione di interventi e servizi sociali. L'intervento finanziario della Regione è tuttavia da intendersi contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei comuni e degli altri enti locali, che in larga parte partecipano con risorse proprie al finanziamento del sistema. Le risorse complessivamente impegnate per le politiche di assistenza sociale in Toscana nel 2004 ammontano a 415.758.895 milioni di euro¹³ (pari al 7,8% delle risorse complessivamente spese dalle regioni). Di questi solo il 13,4% deriva da fondi stanziati attraverso il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali alla regione Toscana.

Guardando al livello medio pro-capite, la spesa per gli interventi socio-assistenziali in Toscana raggiunge i 116 euro, superando il valore medio nazionale (92 euro). Con questa spesa sociale pro-capite, non considerando le regioni a statuto speciale che presentano capacità di spesa maggiori rispetto a quelle ordinarie, nella graduatoria regionale la Toscana si posiziona al terzo posto, preceduta solo da Emilia Romagna e Piemonte (fig. 3).

Fig. 3: Spesa dei comuni singoli e associati per interventi e servizi sociali (valori medi pro-capite per regione in euro), 2004.

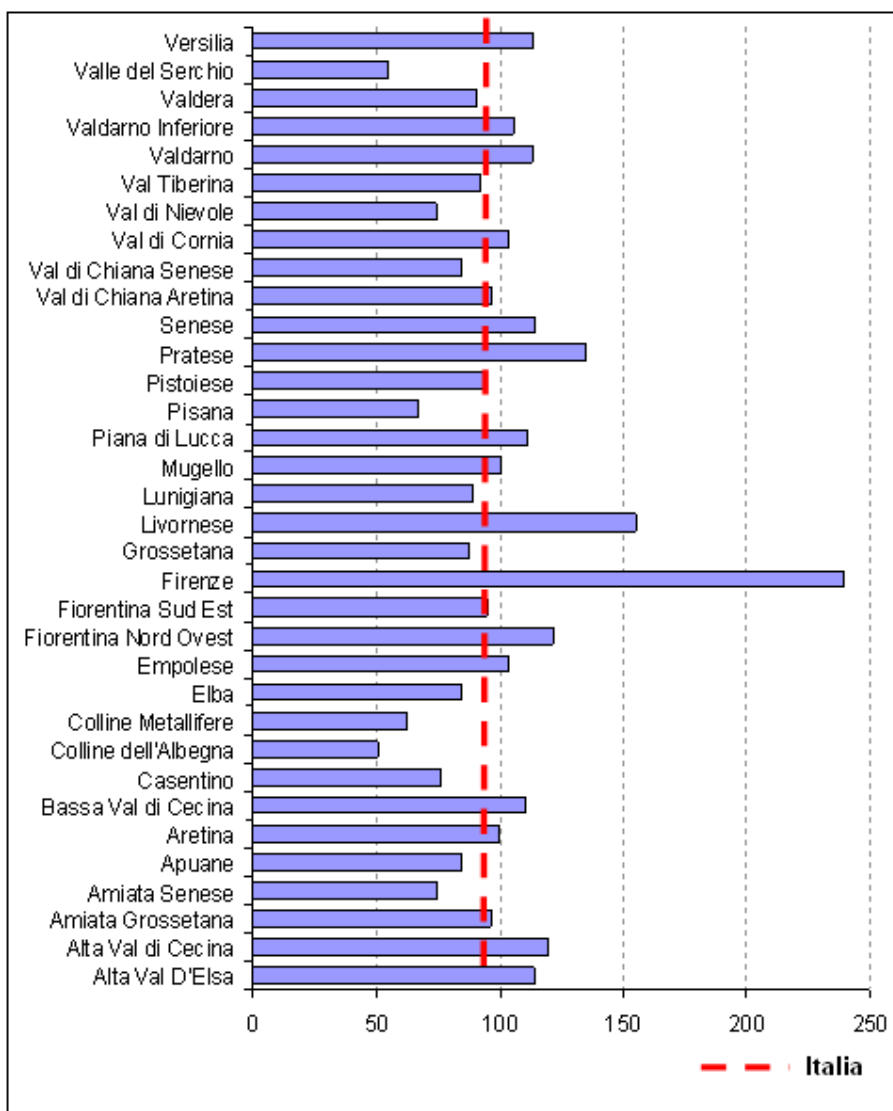


Fonte: Istat.

¹³ I dati si riferiscono ai risultati dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati. L'indagine, partita del 2004 e che ora ha cadenza annuale, è stata avviata grazie alla collaborazione istituzionale fra più attori del governo centrale e locale, interessati alla produzione e all'utilizzo della base dati: l'Istat, la Ragioneria generale dello Stato (RGS), il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Centro Interregionale per il Sistema Informatico e Statistico (CISIS) con alcuni enti locali tra cui la Toscana (oltre a Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Emilia Romagna, Marche).

Il dato medio regionale, tuttavia, nasconde una forte eterogeneità interna come dimostra la figura 4. Delle 34 zone socio-sanitarie, circa dieci presentano una spesa sensibilmente inferiore alla media nazionale, come nel caso delle zone Colline dell'Albegna (50,9 euro), Valle del Serchio (54,8 euro) Colline metallifere (62,5 euro), Amiata Senese (74,7 euro), Val di Nievole (74,8 euro). La distanza registrata peraltro si ritrova in forma e misura simile anche guardando ai dati dell'anno precedente, segnalando quindi una situazione strutturale.¹⁴

Fig. 4: La spesa per interventi e servizi sociali nelle zone socio-sanitarie toscane (valori medi pro-capite), 2004.



Fonte: Regione Toscana.

¹⁴ Un'eccezione è rappresentata dalla zona socio-sanitaria Pisana, che nel 2004 presenta una spesa pro-capite molto bassa (67,2 €) mentre l'anno precedente superava la media regionale, attestandosi a 125,9 €

Tab. 8: La ripartizione interna della spesa fra servizi, strutture e trasferimenti, 2004.

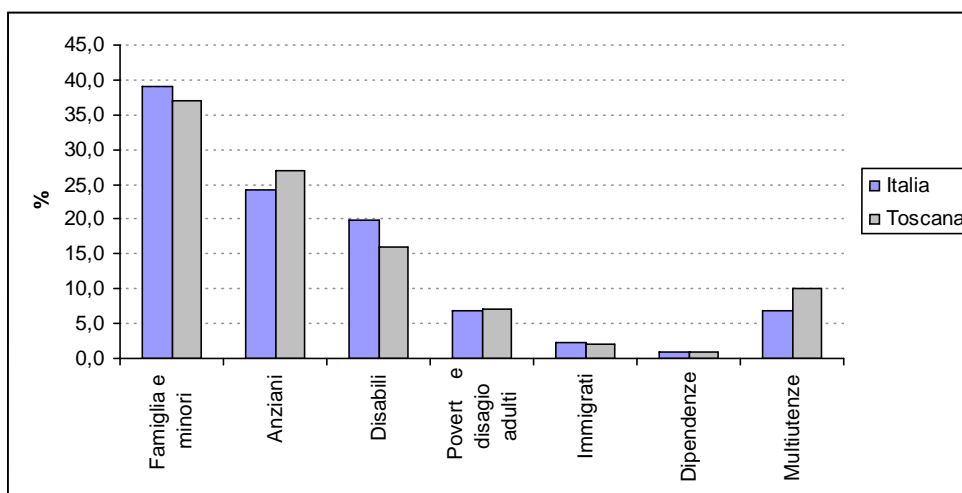
	Interventi e servizi	Strutture	Trasferimenti in denaro
Toscana	33,6%	42,5%	23,8%
Italia	38,2%	38,0%	23,2%

Fonte: Istat e Regione Toscana.

La composizione interna della spesa sociale per macro-aree (interventi e servizi; strutture e trasferimenti in denaro) riportata nella tabella 2¹⁵ vede una sostanziale omogeneità tra il valore toscano e quello nazionale rispetto ad una delle voci. La spesa per trasferimenti monetari assorbe il 23,8% delle risorse in Toscana e il 23,2% a livello nazionale. La regione Toscana destina invece una quota maggiore di risorse alle strutture rispetto alla media nazionale, compensata da una minor quota di risorse per interventi e ai servizi, registrando una distanza di circa 5 punti percentuali (tab. 8).

Spostando l'attenzione sulle funzioni, gli interventi realizzati dai comuni riguardano in larga parte le famiglie, gli anziani e i disabili. Su tali aree di utenza si concentra infatti l'80% delle risorse complessive impiegate (37% famiglie e minori, 27% anziani, 16% disabili), mentre i servizi destinati ad altre tipologie di utenti assorbono quote più marginali di spesa (povertà e disagio adulti 7%, immigrati 2%, dipendenze 1%, multiutenza 10%). Il confronto con il dato a livello nazionale peraltro non segnala differenze significative (fig. 5).

Fig. 5: La ripartizione interna della spesa per aree di utenza, 2004.



Fonte: Istat e Regione Toscana.

¹⁵ Le tre macro-aree si ripartiscono come segue: “interventi e servizi” di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti (assistenza domiciliare, interventi per l’integrazione sociale di anziani, disabili, immigrati, interventi di sostegno socio-educativo per minori etc.); “trasferimenti in denaro” per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, l’alloggio, servizi scolastici etc.); “strutture” volte ad ospitare utenti con diverse esigenze (strutture semiresidenziali di tipo socio-assistenziale, di tipo ricreativo e per l’inserimento sociale e strutture residenziali per le persone senza adeguato sostegno familiare).

Passando a considerare la spesa sociale procapite media a livello regionale per le quattro aree di utenza oggetto della nostra analisi, osserviamo che la Toscana presenta livelli più alti rispetto al dato medio nazionale (cfr. tab. 9) confermando dunque quanto già notato per la spesa media pro-capite complessiva. Solo l'area immigrati rappresenta un'eccezione: la spesa sociale media pro-capite regionale è infatti leggermente inferiore al dato nazionale. Il confronto con la situazione di altre regioni permette di fare alcune ulteriori considerazioni. Pur superiore al dato medio nazionale, la spesa media pro-capite per le famiglie e i minori in Toscana rappresenta solo poco più della metà di quella in Emilia Romagna, mentre la spesa media pro-capite per i disabili è meno di due terzi di quella registrata in Veneto.

Tab. 9: Spesa media pro-capite in euro per interventi e servizi sociali per area di utenza. Italia e alcune regioni, 2004.

	Famiglia e minori	Anziani	Disabili	Immigrati	Totale
Italia	89,9	115,8	1889,0	57,9	92,4
Toscana	126,0	134,4	2079,2	54,6	116,1
Emilia R.	219,1	142,5	3085,9	78,6	148,3
Veneto	64,9	142,4	3411,4	41,5	94,7

Note: i valori medi pro-capite sono ottenuti come rapporto tra le spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza

Fonte: ISTAT e Regione Toscana.

Passando al dettaglio intra-regionale (cfr. tab. 10) osserviamo anche in questo caso una notevole differenziazione interna. Riguardo alla funzione “famiglia e minori”, il valore medio regionale (126 euro) incorpora il picco registrato nella zona socio-sanitaria di Firenze (252,6 euro) e il livello minimo dell'Amiata Senese (33,7 euro). Per la funzione disabili, l'Alta val di Cecina ha una spesa pro-capite pari (4.397,8 euro) ben più alta del valore medio registrato in Veneto e in Emilia Romagna.

Tab. 10: Spesa media pro-capite in euro per interventi e servizi sociali per area di utenza nelle zone socio-sanitarie toscane, 2004.

<i>Zona socio sanitaria</i>	<i>Famiglie e minori</i>	<i>Anziani</i>	<i>Disabili</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Totale</i>
Alta Val D'Elsa	171,1	142,6	1.912,1	14,9	114,0
Alta Val di Cecina	90,1	131,1	4.397,8	58,8	119,3
Amiata Grossetana	144,8	61,8	2.373,1	29,6	96,6
Amiata Senese	33,7	113,6	2.414,3	18,5	74,7
Apuane	72,8	143,8	1.071,5	12,4	84,9
Aretina	119,2	121,8	1.517,8	36,7	99,9
Bassa Val di Cecina	115,7	89,8	2.118,4	178,5	110,2
Casentino	48,6	49,1	2.705,0	31,6	76,3
Colline dell'Albegna	55,2	53,6	1.266,8	15,3	50,9
Colline Metallifere	66,0	63,0	1.596,3	11,2	62,5
Elba	83,1	136,2	1.510,3	12,0	85,0
Empolese	123,6	84,0	2.392,5	30,2	103,3
Fiorentina Nord Ovest	174,8	118,1	2.567,9	59,4	121,6
Fiorentina Sud Est	105,7	96,3	2.415,7	36,3	94,7
Firenze	252,6	238,1	3.927,6	88,1	239,0
Grossetana	120,8	109,3	1.678,9	21,1	87,9
Livornese	115,4	316,9	1.965,4	34,6	155,4
Lunigiana	98,5	94,4	2.247,7	25,6	89,7
Mugello	119,3	123,2	2.056,1	58,0	101,0
Piana di Lucca	112,0	166,8	1.775,7	86,4	111,4
Pisana	114,8	19,2	1.856,3	6,4	67,2
Pistoiese	92,6	85,7	1.332,7	53,4	93,4
Pratese	119,3	200,5	1.888,4	55,2	134,9
Senese	127,7	154,4	1.978,3	68,3	114,5
Val di Chiana Aretina	92,8	117,4	2.012,4	63,8	96,9
Val di Chiana Senese	88,7	95,9	1.832,6	28,9	84,4
Val di Cornia	138,4	62,6	1.568,1	31,2	103,9
Val di Nievole	86,1	54,1	1.035,7	29,6	74,8
Val Tiberina	84,0	78,9	2.088,8	53,5	91,9
Valdarno	97,2	211,7	2.144,0	38,9	113,6
Valdarno Inferiore	152,2	92,8	1.838,8	47,7	105,8
Valdera	92,9	97,0	2.120,2	30,7	90,5
Valle del Serchio	34,9	66,3	1.883,6	63,8	54,8
Versilia	139,9	108,1	1.408,4	164,8	113,6
<i>Totale</i>	<i>126,0</i>	<i>134,4</i>	<i>2.079,2</i>	<i>54,6</i>	<i>116,1</i>

Fonte: Regione Toscana.

L'analisi censuaria sulla spesa e gli interventi dei comuni singoli e associati ci offre la possibilità di andare oltre i dati relativi alla spesa, per considerare il livello di offerta e la copertura territoriale dei principali servizi e interventi. Il confronto con le altre regioni ci permette altresì di qualificare in modo più preciso la situazione della regione Toscana. L'analisi degli indicatori di offerta e copertura territoriale per alcuni interventi e servizi viene proposta per le quattro aree di utenza oggetto d'analisi: famiglia e minori, anziani, disabili e immigrati.

Tab. 11: Asili nido, copertura territoriale e utenti, 2004

	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	27	69	1.029
Lombardia	54	82	1.346
Veneto	35	67	748
Liguria	37	87	1.106
Emilia - Romagna	72	95	2.220
Toscana	55	88	1.653
Umbria	29	74	1.162
Lazio	18	75	847
Nord-ovest	43	80	1.246
Nord-est	46	79	1.284
Centro	35	80	1.164
Sud	12	41	232
Isole	22	63	594
ITALIA	34	67	897

Fonte: Istat.

Tab. 12: Servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	6	40	325
Lombardia	8	16	202
Veneto	14	29	336
Liguria	49	73	482
Emilia - Romagna	34	64	532
Toscana	29	51	747
Umbria	20	59	201
Lazio	12	6	84
Nord-ovest	11	27	289
Nord-est	23	43	401
Centro	21	29	421
Sud	10	22	90
Isole	3	6	91
ITALIA	13	27	259

Nota: nella categoria “servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia” rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

Fonte: Istat.

Con riferimento all’area famiglia e minori, considerando i servizi di asilo nido e i servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia (cfr. tab. 11 e tab. 12), la Toscana presenta indici di copertura territoriale del servizio superiori alla media nazionale. Rispetto agli asili nido, l’88% della popolazione risiede in un comune in cui è presente il servizio (67% per l’Italia). La presa in carico è quasi doppia rispetto al dato nazionale: il 16,5% dei bambini con età inferiore ai tre anni è accolto all’asilo nido contro il 9% a livello nazionale.

Passando all’area anziani, l’indice di copertura territoriale dei servizi residenziali è molto alto (98%), pari a quello dell’Emilia Romagna e quindici punti percentuali superiore al corrispettivo a livello nazionale. Stesso vale per l’indicatore di presa in carico pari all’1,2%, contro lo 0,8% a livello nazionale (tab. 13).

Tab. 13: Strutture residenziali per gli anziani, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	94	97	97
Lombardia	70	89	90
Veneto	87	94	99
Liguria	71	96	81
Emilia - Romagna	88	98	124
Toscana	92	98	124
Umbria	68	91	70
Lazio	52	88	36
Nord-ovest	80	92	94
Nord-est	83	95	131
Centro	65	91	77
Sud	22	55	20
Isole	40	74	53
ITALIA	62	83	78

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

L'assistenza domiciliare agli anziani rappresenta l'altra grande famiglia di interventi per le persone anziane fragili, che talvolta permettono la permanenza a domicilio dell'anziano in difficoltà evitandone l'istituzionalizzazione. Come mostra la tabella 14, in questo caso la regione Toscana presenta un alto livello di copertura territoriale del servizio (99%), ma un indice di presa in carico inferiore alla media nazionale (3,0% contro 4,1%) e poco superiore alla metà di quello registrato in Emilia Romagna e in Lombardia e solo un terzo del dato veneto.

Tab. 14: Servizi di assistenza domiciliare per gli anziani, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	100	100	335
Lombardia	94	98	552
Veneto	98	100	941
Liguria	99	99	389
Emilia - Romagna	96	100	558
Toscana	96	99	303
Umbria	89	96	188
Lazio	88	95	280
Nord-ovest	97	99	471
Nord-est	96	99	689
Centro	89	97	258
Sud	68	81	234
Isole	86	89	329
ITALIA	88	94	406

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Nell'area disabili, sia i servizi di assistenza domiciliare sia quelli residenziali presentano indici di copertura territoriale dei servizi e di presa in carico superiori alla media nazionale (cfr. tab. 15 e tab. 16), sebbene in entrambi i casi sensibilmente inferiori a quelli di altre regioni, come ad esempio il Veneto.

Tab. 15: Strutture residenziali per disabili, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	98	1.319
Lombardia	82	331
Veneto	100	949
Liguria	64	109
Emilia - Romagna	89	599
Toscana	83	369
Umbria	47	71
Lazio	61	96
Nord-ovest	86	606
Nord-est	94	814
Centro	66	191
Sud	17	15
Isole	64	248
ITALIA	59	325

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Tab. 16: Servizi di assistenza domiciliare per disabili, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	91	720
Lombardia	82	677
Veneto	88	1.043
Liguria	91	726
Emilia - Romagna	86	595
Toscana	96	782
Umbria	95	731
Lazio	93	1.170
Nord-ovest	85	691
Nord-est	82	762
Centro	92	985
Sud	65	504
Isole	52	544
ITALIA	75	676

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Per l'area immigrati, abbiamo ripreso il dato relativo alla copertura territoriale del servizio sociale professionale. Secondo le note fornite dall'Istat, questa voce comprende gli interventi di consulenza e informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché le attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi. La copertura territoriale del servizio in Toscana (il 64% della popolazione risiede in comuni in cui è presente il servizio) appare in linea con il dato medio nazionale (67%) (cfr. tab. 17), sebbene inferiore alla copertura territoriale registrata in altre regioni, tra cui Liguria (93%), Veneto (82%), Piemonte (81%), Lazio (82%).

Tab. 17: Servizio sociale professionale per immigrati, copertura territoriale e utenti, 2004.

	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 persone)
Piemonte	81	81
Lombardia	36	68
Veneto	71	82
Liguria	87	93
Emilia - Romagna	53	61
Toscana	70	64
Umbria	74	77
Lazio	48	82
Nord-ovest	57	73
Nord-est	54	71
Centro	54	74
Sud	22	34
Isole	17	22
ITALIA	45	67

Fonte: rielaborazione su dati Istat.

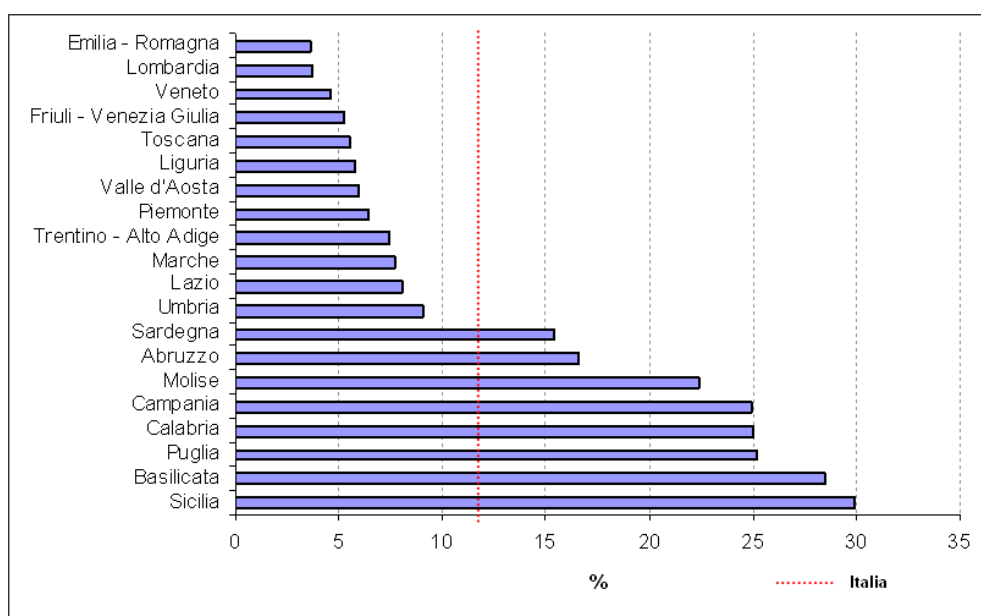
4.6 La regione Toscana nel panorama dell'assistenza sociale nazionale: indicatori di povertà e disuguaglianza

Gli esiti delle politiche sociali, in forma di qualità della vita dei cittadini, possono essere colti attraverso una molteplicità di indicatori. Abbiamo scelto di presentarne alcuni, al fine di completare il quadro generale (il dato di contesto) delineato nelle pagine precedenti.

La graduatoria delle regioni italiane in base al tasso di povertà relativa registrato vede la Toscana al quinto posto, preceduta da Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Friuli - Venezia Giulia (fig. 6). L'indice di diffusione della povertà in Toscana si ferma al 5,5%, attestandosi a meno della metà di quello nazionale 11,7%.

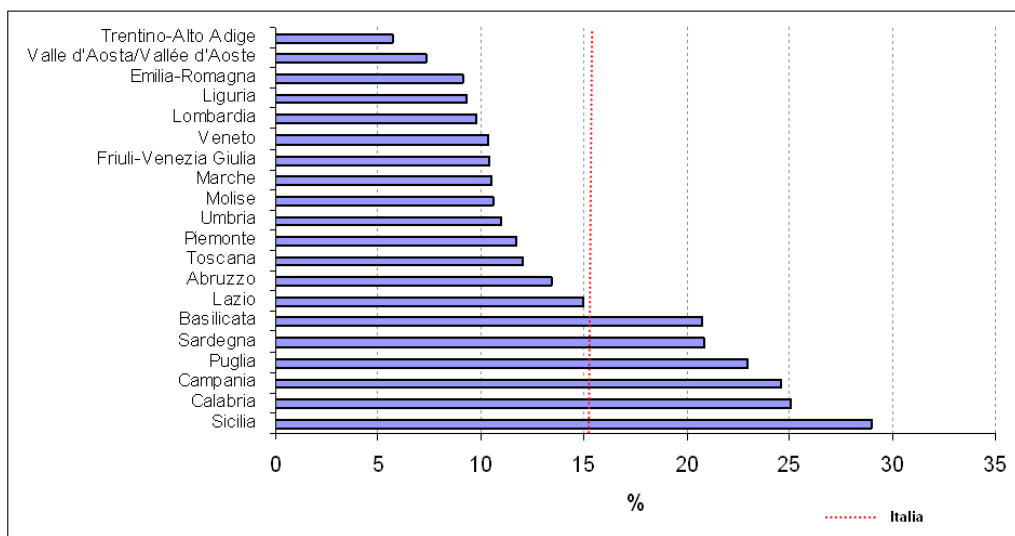
Anche l'indice di disuguaglianza (indice di Gini) presenta un valore basso in prospettiva comparata (0,261 contro 0,308 di media nazionale), posizionando la regione al quarto posto, dopo Trentino Alto Adige, Friuli – Venezia Giulia e Veneto (cfr. tab. 18). L'ultima figura (fig. 7) presenta una misura della condizione economica percepita dalle famiglie. Il 12,1% delle famiglie toscane giudica di arrivare a fine mese con “molta difficoltà” (contro il 15,1% delle famiglie a livello nazionale), mentre solo il 6,1% delle famiglie toscane dichiara di arrivare a fine mese “con facilità o con molta facilità” (contro un valore nazionale pari al 6,8%).

Fig. 6: La povertà relativa per regioni, 2004.



Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Fig. 7: Famiglie che dichiarano di arrivare “con molta difficoltà” a fine mese, per regione, 2004.



Fonte: rielaborazione su dati Istat.

Tab. 18: Indice di disuguaglianza (Gini) tra i redditi equivalenti delle famiglie per regione, 2004.

Regioni	Indice di Gini
Trentino Alto Adige	0,183
Friuli-Venezia Giulia	0,248
Veneto	0,261
Toscana	0,261
Basilicata	0,263
Liguria	0,276
Marche	0,276
Umbria	0,278
Emilia-Romagna	0,279
Molise	0,280
Lombardia	0,283
Valle d'Aosta	0,285
Piemonte	0,289
Sardegna	0,290
Abruzzo	0,295
Lazio	0,303
Puglia	0,305
Sicilia	0,331
Campania	0,335
Calabria	0,339
Italia	0,308

Fonte: Istat.

PARTE SECONDA

5. Introduzione ai risultati osservati

La seguente seconda sezione del rapporto illustra le evidenze empiriche riscontrate mediante le interviste semistrutturate descritte nella sezione metodologica delle interviste negli otto casi di studio individuati all'interno dell'universo delle trentaquattro unità amministrative tra SdS ed ex ZD della Regione Toscana. Il rapporto è organizzato in due differenti macro ambiti di presentazione. Nel primo si introduce il tema della capacità organizzativa in alcuni dei casi analizzati con specifico riferimento alla strategia di indagine preliminare a quella sugli effetti degli interventi in campo assistenziale, indagine compiuta mediante l'apposito strumento di rilevazione denominato questionario delle “capacità istituzionali”. Nel secondo invece si dà organica presentazione della sezione sugli effetti attesi dell'assistenza sociale in Toscana negli otto casi sotto indagine, rilevata mediante un secondo questionario esplicitamente dedicato alle aree di rilevanza esplicitate dalla programmazione regionale ed esaminate attraverso la disamina dei PIS nella prima parte della ricerca, vale a dire dicembre 2007 – aprile 2008. La sezione sugli effetti attesi, che costituisce il cuore della presente ricerca, è conseguentemente articolata nelle quattro aree di rilevanza (anziani, disabilità, famiglie e minori e, infine, immigrazione), precedute da una sezione per i fattori che le accomunano (ad esempio la residenzialità), nonché da una sezione preliminare esplicitamente dedicata al Fondo per la non autosufficienza (d'ora in poi FNA).

6. Le risultanze dall'indagine preliminare sulle capacità istituzionali

6.1 Premesse teoriche dell'indagine

Per meglio comprendere come gli interventi di assistenza sociale danno luogo ad effetti di rilievo per i cittadini della regione Toscana, un aspetto importante della nostra analisi è consistito in una rilevazione preliminare delle capacità istituzionali delle unità amministrative in alcuni casi di Società della Salute e Zone distretto della regione Toscana.

Nella presente ricerca, come si è detto, si cerca infatti di porre in relazione gli interventi messi in atto dalle amministrazioni competenti in materia di assistenza sociale con alcune categorie di effetti attesi, a loro volta connessi alla dimensione della solidarietà all'interno della nozione di qualità democratica.

In una visione pur razionalistica del processo di *policy*, che può soffrire di una certa misura di scarsa accuratezza empirica ma ritiene una notevole valenza euristica, la capacità di ottenere i risultati attesi dovrebbe esser legata all'adeguatezza rispetto allo scopo degli interventi di *policy* adottati. Questi a loro volta dovrebbero dipendere dalle capacità del *policy network* rilevante di comprendere che cosa occorre fare in una data situazione e di agire in modo adeguato: in una parola, dalle sue *capacità istituzionali*¹⁶. Da qui l'importanza dell'analisi delle capacità istituzionali delle unità amministrative operanti nel campo dell'assistenza sociale nella Regione Toscana nel contesto del nostro progetto.

Ai fini della nostra ricerca empirica, le capacità istituzionali possono essere scomposte in tre aree:

- *capacità progettuali*, o *programmatorie* (inerenti alla capacità di diagnosticare in modo informato e competente le sfide funzionali, di identificare la gamma di opzioni possibili e praticabili, di valutare tali opzioni alla luce di interessi politicamente e socialmente rilevanti e di criteri normativi pubblicamente difendibili);
- *capacità attuative* (inerenti alla capacità di mettere in atto le decisioni rispettandone gli scopi di base, ma tenendo anche in debito conto le variabilità locali e l'esistenza di eredità di *policy* e quindi degli inevitabili effetti d'interazione);
- *capacità apprenditive* (inerenti alla capacità di monitorare e valutare le capacità istituzionali precedenti e di retroagire intenzionalmente su di esse).

¹⁶ Per una discussione del concetto di capacità istituzionale ci sia consentito di rimandare a S. Sacchi (2004), "New modes of governance in the EU and Italy's institutional capability: a comparison of employment and social inclusion policies", in Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, n. 3/2004, pp. 5-35.

6.2 Il metodo della ricerca sulle capacità istituzionali

Poiché l'indagine sulle capacità istituzionali è avvenuta preliminarmente rispetto a quella, di focale interesse per la ricerca, sugli effetti attesi degli interventi in materia di assistenza sociale, gli otto casi dell'indagine sulle capacità istituzionali si sovrappongono, ma non coincidono con i casi della ricerca. Oltre a far acquisire al gruppo di ricerca consapevolezza sul funzionamento effettivo delle unità amministrative operanti nel campo dell'assistenza sociale nella Regione Toscana, consapevolezza il cui ottenimento è possibile solo attraverso la ricerca sul campo, l'esperienza nella selezione dei casi in base al contesto geografico ed amministrativo ai fini dell'indagine sulle capacità istituzionali ha contribuito alla scelta definitiva del campione di casi per l'analisi sugli effetti attesi, illustrata nel paragrafo 3.2, *supra*. Le differenze tra il campione dei casi analizzati per l'indagine preliminare sulle capacità istituzionali e quello definitivo adottato per l'indagine sugli effetti attesi sono il frutto di tale esperienza.

Dato il considerevole numero di unità amministrative (34) è stato necessario operare una selezione che portasse all'individuazione di un campione da sottoporre alle nostre interviste. I criteri utilizzati per tale selezione sono stati la collocazione geografica e la tipologia amministrativa dell'unità. In altre parole si sono raggruppate le 34 zone per area geografica di appartenenza (nord, centro, sud) e per assetto giuridico-istituzionale (Società della Salute o Zona-distretto), per poi individuare i casi rappresentativi dei sottogruppi. Si è considerato opportuno conservare la diversa numerosità dei sottogruppi nella nostra selezione, così da individuare un campione iniziale di 10 unità amministrative distribuite come in Tabella 19, poi ridotti effettivamente ad 8 casi in quanto – nel tempo disponibile per l'indagine preliminare sulle capacità istituzionali – non è stato possibile intervistare alcun responsabile o funzionario della Società della Salute Pisana, né della Zona-distretto Senese.

Tabella 19. I casi selezionati per le interviste preliminari sulle capacità istituzionali

	Nord	Centro	Sud	n/N
SdS	Lunigiana	Fiorentina Nord Ovest (Pisana)	Amiata Grossetana Val di Chiana Senese	5/16
Zd	Pistoiese	Piana di Lucca Livornese	(Senese) Val di Chiana Aretina	5/18
n/N	2/5	4/16	4/13	10/34

Nota: fra parentesi le unità che non è stato possibile incontrare

In Appendice 1 si riporta il questionario utilizzato, volto a consentire al gruppo di lavoro di investigare e apprezzare le capacità istituzionali delle unità amministrative (Società della Salute, Zone distretto) che hanno i compiti di progettare, programmare e attuare gli interventi nel campo dell'assistenza sociale nella Regione Toscana, nonché quelli di monitorare tali interventi e valutarne l'efficacia. Esso è stato somministrato ai dirigenti apicali delle unità amministrative coinvolte nell'indagine (Direttore SdS; Responsabile ZD); nonché, se del caso, ai funzionari dedicati eventuali (responsabile PIS, responsabile PSdZ)

Le interviste effettuate hanno dunque affrontato cinque sezioni tematiche: la prima dedicata alla struttura organizzativa assunta dalle Società della Salute e Zone-distretto; la seconda inerente l'attività di diagnosi dei bisogni locali e quindi di pianificazione degli interventi attraverso la valutazione delle opzioni praticabili; la terza riguardante lo stile decisionale connaturato al funzionamento degli organi di governo delle singole unità; si guardava poi alla capacità di attuare le decisioni prese; l'ultima sezione è stata dedicata all'attività di monitoraggio, valutazione e correzione dell'operato da parte delle unità amministrative.

Nella fase preparatoria dell'indagine è stato possibile entrare in possesso di un documento interno della Giunta Regionale Toscana contenente la relazione (30 aprile 2007) dell'Assessore al Diritto alla Salute in merito agli esiti della sperimentazione delle Società della Salute (SdS). Gli allegati alla relazione contengono numerose informazioni raccolte ed elaborate dagli uffici dell'Agenzia regionale di Sanità (ARS) riguardanti gli assetti istituzionali ed organizzativi assunti dai Consorzi. Come già riportato la sperimentazione delle SdS si è di fatto conclusa solo nel novembre del 2008 con l'approvazione della legge regionale n. 60 che ha modificato la l.r. 40/05; il documento fornisce dunque dati sullo stadio di avanzamento della costituzione delle SdS. Si procede quindi ad un confronto tra le diverse SdS in base al diverso grado d'attuazione delle diverse fasi, di costituzione degli organi previsti dalla normativa, e della nomina degli organismi di partecipazione. Una sezione specifica è inoltre dedicata all'attività di programmazione svolta nelle SdS.

Il carattere prevalente di tali informazioni è di tipo quantitativo ma soprattutto meramente formale, in altre parole, si riporta se sia stato costituito il Comitato di partecipazione, ma non se e come esso funzioni, quali siano i principali problemi riscontrabili nella natura e nell'attività di questo strumento partecipativo nelle singole unità amministrativa in cui è stato costituito.

Ciò distingue sostanzialmente le informazioni fornite dal documento della Giunta da quelle raccolte mediante il questionario da noi approntato e di cui qui presentiamo i risultati. Il nostro questionario è infatti motivato dal tentativo di entrare nel merito di ciò che potesse rivelare le capacità istituzionali delle unità campionate (non solo Società della Salute, ma anche Zone/distretto). Non semplicemente una *check-list* dei passaggi amministrativi da espletare più o meno formalmente, ma un'analisi ragionata dei processi decisionali, programmatici ed attuativi delle unità prescelte, in

cui si ponesse una particolare attenzione al rapporto tra i diversi attori del sistema (amministratori, politici e società civile).

L'intervista da noi condotta prevedeva una serie di domande aperte e la possibilità da parte dell'intervistato di soffermarsi o aggiungere considerazioni a suo avviso rilevanti, anche se non previste o richieste esplicitamente. L'intervista è stata dunque condotta in maniera "aperta", gli interlocutori erano avvicinati più come testimoni privilegiati che come responsabili dei servizi erogati; questo approccio ha permesso l'instaurarsi di una certa confidenza tra ricercatore ed intervistato, e l'emergere di punti critici o problematici del sistema.

Nel riportare quanto emerso dagli incontri, non intendiamo riportare ogni risposta data dai singoli intervistati a tutte le domande poste, ma solo le informazioni che riteniamo più interessanti ed utili agli scopi sopra illustrati. Questo eviterà inutili e noiose ripetizioni e – speriamo – una maggiore efficacia e leggibilità dello scritto. Nell'ulteriore ricerca di un ordine espositivo, procederemo per sottoparagrafi, affrontando distintamente i cinque temi attorno ai quali è stato strutturato il questionario, ossia le quattro dimensioni delle unità amministrative analizzate (organizzativa, programmatoria, attuativa ed apprenditiva) e lo stile decisionale della giunta.

6.3 La dimensione organizzativa delle capacità istituzionali

Per descrivere gli assetti organizzativi delle nostre unità amministrative, occorre distinguere tra Società della Salute e Zone distretto.

Assetti organizzativi delle Società della Salute

Per quanto riguarda le prime, la normativa regionale (Del.C. n. 155 del 24 settembre 2003) stabiliva anche la presenza di uno staff del direttore e la sua composizione, prevedendo competenze relative alla pianificazione strategica, alla programmazione, al controllo di gestione, competenze inerenti i sistemi informativi nonché competenze comunicative. Alcune Società della Salute hanno adottato la direttiva in maniera passiva, altre, pur non contravvenendo ad essa, l'hanno interpretata in maniera estensiva. Il risultato è una diversificazione delle tecnostrutture a capo delle SdS Toscane, raggruppabili in quattro diverse tipologie di staff del direttore¹⁷.

Il primo modello è quello *standard*, ossia quello previsto dalla normativa regionale, al quale si rifanno sei SdS: Amiata Grossetana, Bassa Val di Cecina, Lunigiana, Val di Chiana Senese, Val di Cornia e Val di Nievole. Lo staff standard si struttura secondo il diagramma seguente.

¹⁷ Cfr.: Relazione dell'Assessore al Diritto alla Salute alla Giunta Regionale del 30 Aprile 2007. "Le Società della Salute. esiti della Sperimentazione".

La seconda tipologia è un allargamento del modello standard, nel quale vengono inseriti soggetti provenienti o dalle amministrazioni comunali o dal volontariato locale un inserimento che segue dunque la logica della cooptazione formale¹⁸. È semplice infatti comprendere come tali inserimenti rispondano, oltre alla necessità di usufruire delle risorse conoscitive e dell'esperienza disponibili nella realtà territoriale, a quella di avere più incarichi funzionali da distribuire tra i Comuni consorziati e di far accedere al livello gestionale alcuni dei soggetti del volontariato. Questo assetto organizzativo è adottato da sette SdS (Alta Val di Cecina, Colline Metallifere, Empoli, Firenze, Mugello, Valdera e Valdarno Inferiore).

La terza tipologia di staff vede un deciso rafforzamento delle attività di pianificazione e programmazione che avviene attraverso la costituzione di una sub-struttura dedicata a tale funzione e denominata *Ufficio di Piano*; questo va ad affiancarsi alle figure professionali già previste dalla direttiva regionale e dedicate alla pianificazione strategica.

La peculiarità degli Uffici di Piano è la loro composizione variabile: a seconda della materia in discussione possono essere attivate diverse figure professionali, come ad esempio prevede esplicitamente il regolamento di staff della SdS Fiorentina Nord- Ovest. Le SdS dotate di questa tipologia di staff sono quattro: Casentino, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Pratese. L'inserimento dell'Ufficio di Piano avviene – in tutti e quattro i casi – all'interno di uno staff di tipo allargato, fatto che indica come le tre tipologie finora descritte si possano ordinare lungo una scala di progressiva complessità ed articolazione.

La quarta tipologia è presente solo nel caso della SdS Pisana, la quale si è dotata di uno *staff gestionale*. Anche qui vi è un rilevante investimento finalizzato al potenziamento della programmazione. Due sono le strutture dedicate: l'Agenzia per la programmazione istituzionale e l'Ufficio di Piano, coordinate entrambe dal medesimo “direttore della programmazione”.

L'Agenzia principalmente supporta i processi programmatori della giunta e monitora le prestazioni degli interventi attuati dalla SdS. L'Ufficio di Piano definisce invece i programmi esecutivi per il perseguimento degli indirizzi ed il raggiungimento degli obiettivi di salute indicati dalla Giunta.

Assetti organizzativi delle Zone distretto

Per quanto riguarda le Zone-distretto, invece, la questione a nostro avviso più rilevante è il criterio compositivo della Segreteria Tecnica, ossia della struttura di coordinamento dei servizi socio-assistenziali e di supporto alla Conferenza dei Sindaci. Alla segreteria tecnica spetta – ad

¹⁸ Selznick P. (1949), *TVA and Grass Roots. A study in the Sociology of formal Organizations*, University of California, Berkeley (tr. it.: *Pianificazione regionale e partecipazione democratica. Il caso della Tennessee Valley Authority*, Angeli, Milano, 1974).

esempio – l’elaborazione del Piano Sociale di Zona che viene redatto in base alle linee programmatiche decise dalla Conferenza. Altro elemento rilevante è la distinzione o meno del livello gestionale da quello operativo all’interno della stessa Segreteria Tecnica.

Tra le quattro Zd oggetto delle nostre interviste, è emerso che nella Pistoiese, Val di Chiana Aretina e Piana di Lucca il criterio di composizione non è stato quello professionale, bensì quello della rappresentanza degli enti operanti nel settore sociale sul territorio della Zona. Ciò ha portato a strutture ridondanti o sovradimensionate, in cui però mancano le professionalità necessarie ai compiti specifici della segreteria.

Il caso più significativo è quello del Pistoiese, in cui non solo si è voluto “portare” nella Segreteria tecnica tutti e 11 i Comuni, ma si è fatto in modo che fossero presenti anche la Provincia (con due figure professionali), l’Ausl, ed un assistente sociale per ognuno dei tre ATO (Ambiti Territoriali Omogenei) in cui è diviso il territorio della Zona-distretto Pistoiese. Nonostante questo, o meglio: *per* questo, è stato necessario assumere con contratto di consulenza esterna un libero professionista che svolgesse l’attività di programmazione, che – come abbiamo visto – è una delle attività fondamentali della Zd.

Nella Piana di Lucca l’Ufficio di Piano (recentemente costituito) ha sostituito la Segreteria tecnica, ma il criterio compositivo si conferma il medesimo, con la presenza di rappresentanti della Provincia e dell’Ausl.

La Val di Chiana Aretina è l’unico caso in cui non è stata apportata alcuna distinzione organizzativa tra livello progettuale e di coordinamento e livello operativo. Si viene così a creare una situazione in cui gli addetti della Segreteria tecnica devono svolgere anche tutte le funzioni operative di cui sono competenti per i propri Comuni (dallo sportello anziani all’erogazione dei contributi per l’affitto). La scarsità di risorse umane dei Comuni più piccoli fa sì che di fatto i locali e gli addetti dei servizi sociali del Comune più grande, ossia Cortona, siano allo stesso tempo gli uffici e gli addetti della Segreteria tecnica di Zona. Se una situazione simile da una parte garantisce che chi individua le criticità e progetta gli interventi abbia un’esperienza diretta della realtà in cui opera, dall’altra genera grandi difficoltà e impedimenti nell’ottimizzazione e razionalizzazione del lavoro. A ciò si supplisce con modalità discrezionali, informali, non proceduralizzate e confidenziali nell’assegnazione degli incarichi, nella progressiva gestione degli interventi (in cui il momento decisionale si protrae nel tempo), nella gestione di imprevisti ed emergenze. Questo è forse l’elemento più caratterizzante della Zd della Val di Chiana Aretina, che emergerà anche dall’analisi delle altre dimensioni.

La quarta Zona-distretto, quella Livornese, ha assunto invece un criterio compositivo che possiamo definire “esclusivo”. Le funzioni di coordinamento gestionale sono state assorbite dall’Istituzione per i Servizi alla Persona, mentre quelle di programmazione sono state affidate

all'Ufficio Unico di Piano, una struttura integrata tra Conferenza dei Sindaci e AUsl, composta esclusivamente da personale proveniente dal Comune di Livorno. È però necessario notare l'evidente sproporzione tra i tre Comuni del I.o. Livornese, con gestione associata in 6 aree funzionali e delega all'Istituzione attraverso il Comune di Livorno. Quest'ultimo conta più di 161.600 abitanti, a fronte dei 16.165 di Collesalveti e ai soli 355 di Capraia Isola¹⁹. Considerando tale dato si può ritenere "fisiologico" che il Comune di Livorno svolga un ruolo primario e prevalente rispetto agli altri due.

6.4 La dimensione programmatica delle capacità istituzionali

Parte dell'intervista era specificatamente rivolta all'attività di pianificazione e programmazione svolta dalle singole unità amministrative. In particolare, si mirava a sapere se vi erano strutture dedicate all'elaborazione del Piano Sociale di Zona o del Piano Integrato di Salute.

Come già detto, nella Zd Pistoiese tale compito è affidato ad un professionista appositamente assunto. Negli altri casi esaminati, per quanto riguarda le SdS vengono confermate le informazioni raccolte in merito allo staff di direzione: nell'Amiata Grossetana, nella Lunigiana e nella Val di Chiana Senese è personale interno allo staff che se ne occupa, nella Fiorentina Nord Ovest è presente l'Ufficio di Piano appositamente costituito. Tra le ZSS, la Livornese e la Piana di Lucca dispongono di un Ufficio Unico di Piano, già descritto nel paragrafo precedente; così come, in base a quanto già detto in proposito, nella Val di Chiana Aretina il PSdZ è redatto dalla Segreteria tecnica, ed in prevalenza dagli addetti del Comune di Cortona. In tutti i casi si tratta comunque di un'attività stabile, che impegna continuamente chi se ne occupa, sia essa una sub-struttura dedicata o meno.

Uno degli elementi rilevanti nella dimensione programmatica delle istituzioni intermedie toscane è la partecipazione. Nelle Società della Salute è previsto che essa avvenga attraverso due principali strumenti: la Consulta del Terzo settore, e il Comitato di partecipazione. Per quanto riguarda il contributo portato da questi ultimi, spesso si sottolinea da parte dei dirigenti delle SdS una certa impreparazione tecnica alla complessa materia attinente la gestione amministrativa del settore sociale, ed in alcuni casi un qualche disinteresse nella partecipazione a percorsi da cui comunque si sarà esclusi nel momento decisionale conclusivo. Molti Direttori delle Società della Salute riconoscevano, infatti, la necessità di rivedere e riformulare le modalità di partecipazione del Terzo settore.

Ma quali sono le forme di partecipazione del Terzo settore nelle Zone-distretto? È emerso che in tre di queste (Pistoiese, Piana di Lucca e Livornese) essa avviene attraverso Tavoli settoriali, nella

¹⁹ Fonte: ISTAT.

Val di Chiana Aretina in forme meno strutturate e più confidenziali, in base ai rapporti costituitisi in forza delle esperienze pregresse. Tale criterio è comunque utilizzato nella Piana di Lucca per la costituzione dei Tavoli settoriali, mentre nella Zona Pistoiese e in quella Livornese si procede attraverso bandi pubblici, manifestazione di volontà e quindi un'autocertificazione che attesti la propria attività nel settore socio-assistenziale.

In tutte le unità amministrative oggetto dell'analisi, i documenti programmatori si basano su documenti diagnostici quali il Profilo di salute nel caso delle SdS, dati epidemiologici o relazioni di settore per le altre. Le fonti utilizzate sono in tutti i casi di varia natura: dati provenienti dall'Osservatorio sociale provinciale, dalle anagrafi comunali, dalla AUsl, o ancora dati forniti dall'ISTAT ai quali si aggiungono quelli raccolti dall'esperienza diretta sul campo degli assistenti sociali e del Terzo settore.

Emerge comunque come difficoltà diffusa quella di costruire documenti basati sulla domanda invece che sull'offerta dei servizi erogati. Si sa ad esempio il numero di anziani assistiti, più difficile conoscere quelli in uno stato di bisogno che non sono già raggiunti dai servizi. Nell'Amiata Grossetana, la costituzione del Punto Unico di Accesso, ad esempio, ha fatto emergere molto del bisogno sommerso, ma ciò non fa che confermare il problema: le situazioni critiche che vengono registrate sono quelle che si auto-manifestano (e in ciò possono aiutare interventi organizzativi quali i PUA), ma mancano adeguati strumenti di ricognizione dei bisogni presenti sul territorio. Altro punto dolente riguardante la percezione della domanda, compresa quella espressa, è l'incoerenza o la totale mancanza dei registri utilizzati dai diversi enti o dai diversi livelli di governo. Oltre che dall'assenza di un adeguato coordinamento delle pratiche e dei centri di coordinamento²⁰, ciò dipende dal fatto che le categorie terminologiche interessate sono estremamente indefinite. Quella di disabilità ne è un chiaro esempio: a seconda della normativa che si utilizza per chiarirne il contenuto, può variare il numero di soggetti "disabili" presenti sul territorio.

Solitamente i documenti diagnostici sono redatti dalle strutture o dal personale incaricato anche della redazione del documento programmatico; solo in un caso – quello della Val di Chiana Aretina – ci si avvale di una collaborazione professionale esterna, in particolare per l'elaborazione statistica dei dati.

Rimanendo nella dimensione programmatica, la ricerca intensiva nella Zd della Piana di Lucca ha permesso di cogliere alcuni elementi significativi. Nonostante la recente costituzione dell'Ufficio Unico di Piano (2006), la Conferenza dei Sindaci ha deciso di procedere, per il triennio 2007-2010, con l'elaborazione non di un semplice PSdZ, ma di un più complesso Piano Integrato di

²⁰ La firma del Protocollo d'intesa (16 luglio 2008) per il coordinamento regionale degli Osservatori Provinciali, costituisce il tentativo di supplire a questa grave carenza. Quella che si intende costruire è infatti una rete finalizzata alla raccolta e al collegamento dei dati e dei report sociali provenienti dai dieci Osservatori. Tale strumento era però già previsto nella l.r. 40/2005, che stabiliva la costituzione di un Osservatorio Sociale Regionale.

Salute. Il cambiamento di velocità impresso dal livello politico della Piana di Lucca (con l'istituzione dell'Ufficio Unico di Piano e la redazione del PIS) rispetto ad un tradizionale disinteressamento rispetto all'attività zonale, è successivo agli avvenimenti occorsi al Comune di Lucca ed al suo commissariamento nel 2005. Tale situazione spinse il Comune di Capannori a farsi promotore degli strumenti sopra detti e di una nuova disponibilità nei confronti dei modelli amministrativi incentivati dalla Regione. A tale proposito è utile ricordare che la Provincia di Lucca rappresenta un'importante e tradizionale discontinuità politica all'interno della Toscana dato che in essa si concentra la maggior parte dei Comuni guidati dal centro-destra negli ultimi quindici anni. Con ciò non si vuole mettere in stretta correlazione il colore politico delle amministrazioni locali e l'attuazione degli *input* regionali, ma per il momento quanto meno registrare questa coincidenza ed il fatto che il territorio della Provincia di Lucca sia l'unico dove non sia presente alcuna esperienza di integrazione nel settore sociale: nessuna delle due Zd ha attivato la sperimentazione della Società della Salute, né ha costituito alcun altro tipo di Consorzio o ente unico gestore ed inoltre, sull'intero territorio – comprendente 35 comuni e 6 livelli ottimali – sono attive solo 6 gestioni associate.

Nella dimensione programmatica possiamo inserire la modalità di allocazione delle risorse tra le diverse aree di intervento ed i singoli progetti operativi. Per tre Zone-distretto (Pistoiese, Livornese e Val di Chiana Aretina) si tende a confermare la prassi tradizionale e ci si basa sul bilancio consultivo dell'anno precedente, nel tentativo di confermarlo con le giuste proporzioni in base alle risorse disponibili per l'anno corrente. Nella Piana di Lucca, coerentemente con le caratteristiche della Zona finora evidenziate, ogni Comune decide autonomamente quanto assegnare ai singoli settori e su tale disponibilità si cerca poi di far quadrare il finanziamento dei progetti contenuti nel PSdZ, senza una decisione condivisa su quanto assegnare ad ogni intervento.

Tra le Società della Salute, tre dei direttori intervistati hanno risposto piuttosto formalmente affermando che l'allocazione avviene sulla base dei bisogni e delle priorità che il Profilo di salute evidenzia. Nella Val di Chiana Senese, invece, è emerso quale criterio guida l'equidistribuzione territoriale delle risorse: attraverso una tripartizione della zona (nord, centro e sud) si fa in modo che ogni Sindaco porti nel proprio Comune una fetta di quanto viene distribuito e, di conseguenza, anche la collocazione spaziale dei servizi segue questa logica. La prassi risale a metà degli anni Novanta, quando i Comuni della zona accettarono di chiudere i sette ospedali dislocati sull'intero territorio e di costruirne uno solo, più moderno ed efficiente. La decisione sulla sede del nuovo ospedale fu il motivo di maggiore scontro tra i diversi Comuni, che trovarono un compromesso nel collocarlo in una zona neutrale e centrale. Da allora quello territoriale si è affermato come principale criterio allocativo delle risorse.

Sempre riguardante il tema delle risorse, ma questa volta in fase di costruzione di bilancio o meglio di definizione delle entrate, interessante ed unico è il caso dell'Amiata Grossetana. Qui, i

Comuni decidono di concerto le somme dedicate da ogni singolo Comune al settore sociale e da assegnare alla Comunità, per finanziare servizi che verranno funzionalmente gestiti dalla Società della Salute. Questo è un chiaro esempio di scarsa integrazione formale (i Comuni non delegano la SdS, ma un terzo soggetto: la Comunità Montana), ma che eroga servizi socio-assistenziali omogenei a tutti i residenti della Zona, a prescindere dal Comune di appartenenza. Il confronto con il caso della Fiorentina Nord Ovest, ad esempio, invita ad una riflessione sull'efficacia reale dell'integrazione istituzionale in termini di omogeneità dei servizi erogati ed uguaglianza di trattamento dei cittadini. Il secondo caso citato, infatti, è il migliore esempio di integrazione raggiunta: al Direttore della Società della Salute sono affidate non solo le funzioni programmatiche di tutti i Comuni della Zona, ma anche quelle dirette di coordinamento e gestionali di tutti i servizi socio assistenziali di competenza Comunale. A fronte di ciò, la quantità di servizi che la Società eroga ai residenti nel suo territorio è proporzionale alla somma che le casse del Comune di appartenenza le hanno affidato. Ciò genera, di fatto, una disuguaglianza di trattamento tra i residenti della stessa zona, anche in presenza di una forte integrazione istituzionale e funzionale, almeno secondo i criteri definiti dalla Regione.

6.5 *Lo stile decisionale*

La terza parte dell'intervista era indirizzata a meglio comprendere il metodo e lo stile decisionale in seno agli organi di governo delle unità amministrative esaminate. Le risposte raccolte sono sostanzialmente omogenee all'interno dei due tipi di unità amministrative: Zd e SdS. Il percorso che conduce le Giunte delle Società della Salute alla decisione è prevalentemente quello della negoziazione finalizzata al risultato unanime della votazione; le sedute conclusesi con un voto a maggioranza sono praticamente assenti. Emerge dunque uno stile decisionale inclusivo e volto al compromesso. Tre sono gli elementi che facilitano tale modalità decisionale: il primo è la presenza, in ogni giunta, di un attore-leader riconosciuto dagli altri membri, che guida la discussione, propone soluzioni, ipotizza vie di uscita da eventuali *empasse*; il secondo è la sovrapposizione dei livelli amministrativi di governo: dove si verifica tale situazione si apre la possibilità che l'accettazione da parte di un Comune di una soluzione svantaggiosa in SdS sia compensata da un provvedimento favorevole in Comunità Montana (per esempio); il terzo è il sostanziale equilibrio tra il peso decisionale dell'AUSl e dei Comuni presente nella maggior parte delle SdS toscane (12 su 18). A detta degli intervistati, infatti, gli argomenti che in passato hanno generato maggiore attrito o sedute più "movimentate" sono stati quelli di natura sanitaria; inoltre, come vedremo più avanti, il rapporto con la Direzione Generale dell'ASL è definito, da quasi tutti i direttori di SdS, come la maggior

difficoltà nell'esecuzione della propria attività di coordinamento.

Per le Zone-distretto ciò che emerge dalle risposte raccolte è differente, ma solo in parte. In questo caso la Conferenza dei Sindaci si afferma come un luogo di ratifica di decisioni già prese. La negoziazione tra i diversi Sindaci, ma principalmente tra i loro delegati ovvero gli Assessori, avviene in via informale attraverso rapporti confidenziali. In questa fase svolgono un ruolo decisivo il livello tecnico delle politiche socio-assistenziali, ossia gli addetti alle strutture di coordinamento (Segreteria Tecnica o Ufficio Unico di Piano): qui si comprende ulteriormente la tendenza a rappresentare tutti i Comuni nella composizione di tali strutture. Sono i frequenti rapporti tra addetti ai lavori a portare ad una sintesi tra le diverse esperienze o necessità e quindi a condurre ad ipotesi programmatiche condivise che vengono poi presentate dai singoli tecnici ai propri amministratori di riferimento. Si arriva quindi all'approvazione formale in Conferenza dei Sindaci, ma solo dopo un confronto preventivo durante il quale si apre una sorta di fase di "consultazione" in cui il Presidente della Conferenza si assicura che il documento sia approvato e condiviso da tutti i Comuni, cerca il compromesso su eventuali punti di disaccordo, e se ciò si rivela impossibile ne decide lo stralcio.

Tornando al tema della leadership all'interno della Giunta è interessante citare il caso della Fiorentina Nord Ovest. Come abbiamo sottolineato, al direttore della SdS sono delegate tutte le funzioni comunali in materia socio-assistenziale. Tale risultato non è di poco conto – oltre che per il fatto che avviene in soli due casi – anche perchè nella Fiorentina Nord Ovest non esiste alcuna esperienza di gestione associata (ai sensi della l.r. 40/2001) e quindi di delega ad un unico ente gestore²¹.

Il risultato ottenuto è da attribuire alla presenza in giunta di due figure in particolare. La prima è quella del Presidente, che gode di una spiccata autorevolezza nei confronti degli altri membri. Sicuramente su tale riconoscimento influiscono – oltre che doti personali – i suoi incarichi in sede ANCI Toscana quale coordinatore della commissione "Welfare e diritti di cittadinanza" e soprattutto di Presidente dell'esecutivo regionale di Federsanità, struttura di servizio e rappresentanza del settore di integrazione, federata all'ANCI stessa, e che raggruppa Direttori generali delle aziende e rappresentanti delle Conferenze dei sindaci. Il secondo componente della giunta che certamente contribuisce al percorso integrativo della SdS Fiorentina Nord Ovest, sostenendone la necessità e l'adeguatezza e comprendendone più approfonditamente le dinamiche tecniche, è l'Assessore alle Politiche Integrate di Salute del Comune di Campi Bisenzio. Quest'ultimo infatti – dopo essere stato in passato membro del Consiglio d'amministrazione dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana (ARS) – è attualmente Presidente nazionale di Federsanità/ANCI.

²¹ Ricordiamo infatti che nessuno dei Comuni componenti la SdS è inserito in alcun livello ottimale, in quanto tutti superano il massimo di popolazione ammessa.

6.6 La dimensione attuativa delle capacità istituzionali

La successiva serie di domande riguardava l'attuazione e la gestione degli interventi stabiliti dal PIS o dal PSdZ. Se per le quattro SdS – come ovvio – la responsabilità di tale fase è affidata dall'Atto di indirizzo 155/2003 al Direttore (il quale poi solitamente nomina un referente responsabile per ogni progetto attivato), per quanto riguarda le Zone-distretto Pistoiese, Val di Chiana Aretina e Piana di Lucca la responsabilità dell'attuazione degli interventi rimane ai singoli Comuni o al Comune delegato per le aree funzionali ove è operante la gestione associata, mentre in quella Livornese viene assunta dall'Istituzione per i Servizi alla Persona. In tutte le Zd è dunque presente una qualche forma di gestione intercomunale degli interventi, tranne che nella Piana di Lucca. Ove presente, la gestione intercomunale avviene secondo un criterio di coordinamento settoriale: per ogni singola area di intervento (o progetto) e su tutto il territorio zonale.

Importante per tutte le unità amministrative, nella dimensione attuativa dei piani, è la collaborazione con i soggetti del Terzo settore. La forma giuridica privilegiata per istituzionalizzare tale collaborazione è la convenzione previo bando di concorso: in due SdS (Lunigiana e Fiorentina Nord Ovest) sono attive forme di accreditamento, principalmente di strutture residenziali.

Singolare la prassi della Zona Livornese, in cui uno dei requisiti per la partecipazione ai bandi di affidamento di servizi in convenzione è la partecipazione ai Tavoli settoriali istituiti per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona. Possiamo leggere in tale scelta il tentativo di correggere l'opposta tendenza degli anni passati in cui, cercando realtà del Terzo settore che fornissero una maggiore garanzia sulla capacità di gestione dei servizi, erano state penalizzate realtà cooperative locali a favore di soggetti extra-regionali. I dirigenti attuali riconoscono in questa passata scelta la causa della debolezza dell'attuale tessuto cooperativo livornese. Il requisito della partecipazione ai tavoli può essere dunque interpretato come il tentativo di favorire il consolidamento dei piccoli soggetti locali. L'altra ragione che possiamo più che supporre, è quella di indirizzare e formare il Terzo settore lungo direttive di sviluppo stabilite dalla dirigenza della Zona.

Altra Zona dove viene lamentata una certa debolezza da parte dell'imprenditoria sociale, specialmente quella di tipo cooperativo, è la Val di Chiana Senese.

In tutte le altre i rapporti collaborativi con il Terzo settore erogatore di servizi è riconosciuto come un'importante e fondamentale risorsa, comunque da incrementare. Per quanto riguarda i soggetti di natura associazionistica, viene indicato come elemento critico il loro coordinamento; sono infatti frequenti le duplicazioni di attività svolte o la mancata pubblicità di determinate iniziative e rimane comunque da comprendere la modalità, e forse anche la legittimità, di intervento

da parte dell'Ente pubblico in attività volontarie, nate dalla libera iniziativa ed associazione dei singoli.

6.7 La dimensione apprenditiva delle capacità istituzionali

L'ultima sezione dell'intervista ha interessato la dimensione apprenditiva, intendendo comprendere in essa le attività di formazione per il proprio personale (dedicate all'integrazione funzionale o istituzionale e alla costituzione di gestioni associate o Società della Salute); l'attivazione di consulenze esterne finalizzate ad intervenire sulla medesima dinamica integrativa; la capacità di individuare i problemi principali di coordinamento ed attuazione degli interventi; la riflessione, il monitoraggio e la valutazione dell'attività svolta.

Procedendo sinteticamente: solo le Zd della Val di Chiana Aretina e della Piana di Lucca e la SdS della Lunigiana hanno avuto corsi di formazione del tipo sopra descritto, mentre consulenze esterne sono state attivate da tre Società della Salute (Fiorentina Nord Ovest, Val di Chiana Senese e Lunigiana). Interessante notare come tali rapporti siano stati instaurati con soggetti che potremmo definire "istituzionali": l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana (le prime due) e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con la quale la Regione ha avviato da tempo un progetto per la valutazione in campo sanitario.

Il dato più interessante emerge in merito alla natura dei maggiori problemi riscontrati. A parte un'unica SdS che dichiara l'assenza problemi particolari, se non quelli usuali per una organizzazione complessa quale è la Società della Salute, le altre SdS riconoscono nei rapporti con la Direzione Generale della AUSL l'origine delle maggiori difficoltà nell'attività di coordinamento. Tale parere è condiviso anche dalla Zd Livornese, in cui – lo ricordiamo – è presente un'Istituzione strumento gestionale del Comune. Potremmo indicare come segue i motivi di questa difficile convivenza in seno alla Società della Salute: 1) la diversa fonte di legittimazione: elezione dei Sindaci e nomina regionale del Direttore Generale AUSL, il che determina diversi interessi ed obiettivi; 2) differenti ordini gerarchici fra amministrativi e assistenti sociali nei Comuni e nell'Azienda; 3) diversità di strumenti gestionali dei due Enti, quali il bilancio economico per l'Azienda e quello finanziario per i Comuni; 4) la tensione provocata dal tentativo dei Sindaci di entrare in merito alle modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari di cui è competente l'Ausl.

Nella Lunigiana ciò è causa anche della maggior difficoltà nella fase attuativa dei programmi, nelle altre SdS, invece, si individuano altri fattori: l'oggettiva complessità dei fenomeni e degli strumenti con cui si ha a che fare (Fiorentina Nord Ovest); un inadeguato funzionamento degli

ESTAV²² (Val di Chiana Senese); l'insufficienza di risorse e strutture (Amiata Grossetana).

Nelle Zone il principale ostacolo all'attività di coordinamento è riconosciuto nella diversità delle culture organizzative insite nei diversi uffici comunali, da cui dipendono prassi lavorative e modalità operative difficili da integrare. A ciò si aggiungono nella fase attuativa: la mancanza di una formazione specifica o una scarsa qualità del personale (Pistoiese e Livornese); insufficienti risorse umane (Val di Chiana Aretina); la mancanza di procedure standardizzate (Piana di Lucca).

Quella del monitoraggio e valutazione è l'ultima attività trattata per la dimensione apprenditiva delle nostre unità amministrative. La Zona-distretto Livornese dedica la maggior parte dell'attività dell'Ufficio Unico di Piano alla valutazione e controllo dell'attuazione del Piano stesso. L'unica altra Zd ad avere un ufficio che si occupa stabilmente di monitoraggio è quella Pistoiese: la struttura dedicata alla programmazione svolge anche attività di valutazione, ma solo in maniera residuale. Tutte le SdS invece svolgono attività di valutazione e monitoraggio che risultano affidate ad una delle figure professionali dello staff di direzione, la quale produce documenti periodici di verifica (mensili o bimestrali). Nell'Amiata Grossetana ciò avviene solo in merito all'attività dei PUA e all'area Anziani. La Fiorentina Nord Ovest sta costituendo un ufficio apposito per il monitoraggio e la valutazione, con risorse del personale dedicate. Tutte le SdS dichiarano di avere a disposizione anche dati sugli impatti reali degli interventi attivati; mentre tra le Zd solo la Livornese risponde positivamente.

²² Enti per i Servizi Tecnico - amministrativi di Area Vasta, sono enti di supporto alle Aziende sanitarie istituiti dalla l.r. 40/2005. Il territorio toscano è suddiviso in 5 aree vaste. Agli ESTAV sono attribuite le seguenti funzioni: approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche; gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale; gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

7. Le risultanze sugli effetti attesi dell'assistenza sociale in Toscana

Questa sezione prende in esame i risultati delle interviste raccolte nei otto casi di SdS e ZD campionate nella ricerca (vedi parte prima) per verificarne gli effetti attesi individuati mediante l'analisi degli obiettivi di programmazione espressi nel PRSS e nei singoli PIS.

Per rendere più agevole la lettura, i risultati riscontrati vengono esposti separatamente per ciascuna delle quattro aree di rilevanza indicate nel progetto di ricerca, più due sezioni aggiuntive introdotte preliminarmente che prendono in esame aspetti di particolare importanza e, per questo affrontati da soli: le criticità comuni alle singole aree e l'impiego del FNA.

Le evidenze seguono così la seguente esposizione:

- a) il Fondo per la Non Autosufficienza (FNA);
- b) gli effetti comuni a tutte le aree osservate;
- c) l'area anziani;
- d) l'area disabilità;
- e) l'area famiglie e minori;
- f) l'area immigrazione;

7.1 Metodologia: che cosa si è osservato

Per giungere alla rilevazione è stata svolta un'ampia fase preliminare di definizione concettuale ed operativa su che cosa si dovesse intendere per *effetto dell'assistenza sociale e qualità dei diritti sociali in Toscana*. Alla luce delle indicazioni contenute nel *framework* teorico dell'indagine, si è così proceduto sia mediante interviste, sia soprattutto, attraverso analisi documentale, alla definizione dello spazio semantico del concetto di effetto atteso dell'assistenza sociale.

Sul piano delle interviste in profondità sono state realizzate tre interviste preliminari:

- un presidente di Società della Salute (aprile 2008)
- un direttore di Società della Salute (febbraio 2008)
- un funzionario regionale del settore Governo socio sanitario (marzo 2008).

Per quanto concerne l'analisi documentale, invece, le fonti impiegate sono state:

- il Piano Regionale Socio Sanitario (PISR) del 2007 (periodo di programmazione 2007-2010);

- i documenti di programmazione (PIS) stilati dagli uffici delle dodici Società della Salute (SdS) che hanno già eseguito la programmazione o che l'hanno resa pubblica (vedi tabella 19, sotto);
- La *relazione tecnica sugli esiti sperimentali* della fase di sperimentazione 1005-108 delle Società della Salute;
- Il *Nomenclatore regionale* delle prestazioni socio sanitarie.

Si ricorda che l'insieme degli obiettivi del PISR devono essere declinati singolarmente nelle 34 unità amministrative che governano le politiche sociali, distinguendo tra le diciotto unità amministrative (SdS) che già stavano sperimentando la L.R. 41/2005 nel gennaio 2008 e che hanno così condotto all'integrazione strategica socio sanitaria (denominata *Società della salute*) e le sedici unità amministrative che stavano ancora impiegando lo strumento di programmazione settoriale, il cosiddetto Piano sociale di zona ex L. 328/00 (denominate *zone socio sanitarie* o zone distretto, delle quali ancora non si disponeva dei corrispondenti PIS, ma sono di generici Piani sociali di zona). Una suddivisione delle 34 unità amministrative in SdS e Zone distretto è rappresentata in tabella 19, e raffigurata in figura 8.

L'analisi dei documenti programmatori si concentra su soli dodici dei diciotto casi, dal momento che sei delle diciotto SdS a gennaio 2008 non avevano ancora completato o reso pubblico il loro programma; una di queste, la SdS del Valdarno non si era nemmeno costituita, contrariamente a quanto dichiarato inizialmente (le SdS sperimentali sarebbero infatti dovute essere diciannove).

La griglia sotto riportata (tabella 20) schematizza in maniera introduttiva le informazioni essenziali riguardo alle diciotto SdS toscane.

In particolare, si è voluto verificare l'accessibilità di:

- atti costitutivi;
- formazione e composizione degli organi di partecipazione;
- documenti di programmazione;
- contatti resi disponibili.

Le informazioni raccolte possono fornire un'idea della situazione attuale ed un'impressione su quali siano le SdS più evolute o strutturate. Ad esempio, al momento della rilevazione (primavera 2008):

- solo dodici avevano reso disponibile la documentazione relativa ai PIS e quindi la loro analisi;
- solo quindici avevano reso pubblico il proprio Statuto;

- solo sette dichiaravano di aver costituito la Consulta del Terzo settore;
- solo otto sembravano essere dotate di un Comitato di Partecipazione.

A questo aggiungiamo che due SdS (Lunigiana e Amiata Grossetana) non erano al momento dell'analisi dotate di un sito web, e che quello della Val di Cornia era del tutto inutilizzabile. Un'iniziale considerazione può dunque essere che le diverse velocità nell'avanzamento della sperimentazione avevano già reso decisamente disomogeneo il sistema socio-assistenziale.

Fig 8. Le unità amministrative toscane in materia di politica dell'assistenza sociale



Tab. 19 Elenco SdS e ZD

Società della Salute	Zone Socio-sanitarie
1.Lunigiana (Ausl 1 Massa e Carrara)	1.Apuane
2.Valdinievole (Ausl 3 Pistoia)	2.Piana di Lucca
3.Pratese (Ausl 4 Prato)	3.Valle del Serchio
4.Alta Val di Cecina (Ausl 5 Pisa)	4.Pistoiese
5.Pisana (Ausl 5 Pisa)	5.Elba
6.Val d'Era (Ausl 5 Pisa)	6.Livornese
7.Bassa Val di Cecina (Ausl 6 Livorno)	7.Alta Val d'elsa
8.Val di Cornia (Ausl 6 Livorno)	8.Amiata Senese
9.Val di Chiana Senese (Ausl 7 Siena)	9.Senese
10.Casentino (Ausl 8 Arezzo)	10.Aretino
11.Amiata Grossetana (Ausl 9 Grosseto)	11.Val di Chiana Aretina
12.Colline Metallifere (Ausl 9 Grosseto)	12.Val Tiberina
13.Fiorentina Nord-Ovest (Ausl 10 FI)	13.Colline dell'Albegna
14.Fiorentina Sud-Est (Ausl 10 Firenze)	14.Grossetana
15.Firenze (Ausl 10 Firenze)	15.Versilia
16.Mugello (Ausl 10 Firenze)	16.Valdarno (Ausl 8 Arezzo)
17.Empolese (Ausl 11 Empoli)	
18.Valdarno Inferiore (Ausl 11 Empoli)	

Nota bene: Contrariamente a quanto riportato in alcuni documenti, la SdS del Valdarno (inizialmente codificata come SdS n. 11) al momento della rilevazione nella primavera del 2008 non era stata ancora costituita.

Tab. 20 Informazioni sulle SdS costituite al momento dell'indagine (primavera 2008)

	SdS	Statuto	PIS	Consulta	Comitato di partecipazione
1	Lunigiana	No sito web			
2	Valdinievole	Sì	Sì	Sì (molto completo)	Sì (molto completo)
3	Pratese	Sì	Sì	Sì (Completo)	Sì (completo)
4	Alta Val di Cecina	Sì	Sì	Solo regolamento	Solo regolamento
5	Pisana	Sì	Sì	Sì (molto completo)	Sì (molto completo)
6	Valdera	Sì	Sì	Sì	Sì
7	Bassa Val di Cecina	Sì	Non ancora pubblico	Sì (molto completo)	Sì (molto completo)
8	Val di Cornia	No Online	No Online	No Online	No Online
9	Val di Chiana Senese	Sì	Sì	No Online	No Online
10	Casentino	Sì	No Online	No Online	No Online
11					
12	Amiata Grossetana	No sito web			
13	Colline Metallifere	No (solo protocollo d'intesa)	Sì	No Online	No Online
14	Firenze Nord Ovest	Sì	Sì	Sì (completo)	Sì (completo)
15	Firenze Sud Est	Sì	Sì	Info molto vecchie	Info molto vecchie
16	Firenze	Sì	Sì	Sì	Sì
17	Mugello	Sì	Sì	No Online	No Online
18	Empolese	Sì	No Online	No Online	No Online
19	Valdarno Inferiore	Sì	No Online	No Online	No Online

A partire dall'analisi dei documenti programmatori è stata costruito lo strumento fondamentale della ricerca: la *matrice degli obiettivi, degli strumenti e degli effetti attesi*, d'ora innanzi "matrice degli effetti attesi". La matrice degli effetti attesi, riportata per intero nell'appendice 4, è stata costruita a partire dall'analisi dettagliata dei dodici PIS disponibili e indica, per ciascuna area di intervento di politica di assistenza sociale presa in considerazione in questa ricerca (Anziani, Famiglia, Immigrazione e Disabilità), gli obiettivi di *policy* indicati nei vari PIS:

- le SdS che hanno formulato ciascun obiettivo;
- la frequenza con cui quell'obiettivo compare nel campione indagato;
- gli strumenti di *policy* (gli interventi e le prestazioni) previsti per il raggiungimento dell'obiettivo;
- due colonne di sintesi molto utili per la strutturazione della ricerca: il raggruppamento di vari obiettivi specifici in obiettivi più generali, e soprattutto la riconduzione strumentale degli obiettivi e degli interventi ad alcuni effetti attesi da noi identificati.

La matrice individua nei PIS i contenuti degli effetti attesi ed enumera dieci aree di intervento, (oltre ad Anziani, Famiglia, Immigrazione e Disabili, essa individua infatti le aree:

Dipendenze, Salute Mentale, Carcere, Povertà e Inclusione Sociale, Diritto alla casa, nonché un'area da noi denominata "Trasversale-organizzativa"²³).

Gli obiettivi (e i conseguenti strumenti) relativi alle sei aree diverse da quelle che costituiscono l'oggetto della ricerca sono stati ricondotti alle quattro aree di nostro interesse e inclusi nella matrice ogni qualvolta il loro carattere fosse tale da qualificarli come rilevanti ai fini della tutela del diritto all'assistenza sociale per gli anziani, i disabili, gli immigrati, e le famiglie e i minori.

Infine, a partire da questo meticoloso lavoro di analisi documentale dei PIS, con le avvertenze metodologiche sopra riportate, alla luce di verifiche telefoniche e del confronto con il nomenclatore regionale, si è così finalmente giunti alla definizione delle *otto categorie di effetti attesi*, identificati dalle lettere da A ad H (in tabella 21 di seguito si offre una lista per una consultazione rapida).

Essi sono stati disaggregati in sub dimensioni le quali costituiscono la definizione operativa del concetto iniziale, come indicato parzialmente dalle tavole sugli effetti attesi osservate nei PIS e riportate in appendice, presentandosi in forma completa come segue:

Effetto atteso A - **Integrazione sociale**

1. funzionalità fisica contestualizzata
2. socialità e aspetti psico relazionali
3. inserimento lavorativo
4. progetto "Dopo di noi"

Effetto atteso B - **Sostegno alla domiciliarità**

1. assistenza domiciliare integrata (ADI)
2. assistenza domiciliare socio sanitaria (ADSS)
3. deistituzionalizzazione
4. corsi di formazione per assistenti familiari (badanti)
5. assistenza e convenzione per intermediazione badanti (funzione di agenzia)
6. telesoccorso e teleassistenza

²³ L'area Trasversale-organizzativa concerne gli aspetti organizzativi dell'erogazione dei servizi socio-sanitari e diffusamente denominata nei singoli PIS "Area Trasversale" o "di Sistema", o "Progetti Speciali". Quest'ultima area è stata sovente impiegata nei PIS come categoria residuale dove inserire quei progetti non inseribili nelle singole aree sostantive.

Effetto atteso C – **Riduzione costo economico per la famiglia**

1. corsi, consulenza e sostegno mediante servizi
2. voucher, bonus, contributi

Effetto atteso D – **Soddisfazione bisogno alloggio assistito**

1. Residenza sanitaria assistita (RSA)
2. Casa di riposo
3. Residenze protette
4. Appartamenti assistiti

Effetto Atteso E – **Accesso ai servizi**

1. Punto Unico di Accesso (PUA)
2. *Care giving* individualizzato
3. Meccanismi di coordinamento e integrazione tra servizi diversi
4. Accompagnamento ai servizi

Effetto atteso F – **Prevenzione dei rischi e gestione situazioni di emergenza**

1. Assistenza primaria per l'emergenza
2. Strutture di accoglienza
3. Controllo, monitoraggio e supervisione dell'abbandono

Effetto atteso G – **Riduzione condizioni di svantaggio economico**

1. Sussistenza
2. Interventi economici sussidiari
3. Bisogno di alloggio emergenziale

Effetto atteso H - **Sostegno alle responsabilità familiari**

1. Genitorialità
2. Mediazione di coppie in crisi
3. Cura dell'Alzheimer
4. Comunità protette

Nelle aree di intervento rivolto agli anziani e ai disabili sono stati rintracciati obiettivi (e corrispondenti strumenti) ascrivibili a ciascuno di tali effetti attesi, mentre nelle aree Immigrati e Famiglia gli effetti attesi B (sostegno alla domiciliarità) e D (soddisfazione bisogno alloggio assistito) non sono venuti in rilievo. Inoltre, nella successiva analisi degli otto casi osservati sul campo, queste otto categorie sono state estese per studiare anche le quattro ZD canoniche o innovative. Si badi poi che sul piano operativo, ai fini di una maggiore snellezza delle operazioni di rilevazioni mediante un questionario che poneva già da solo quasi sessanta domande, nella sua versione iniziale, l'effetto atteso H, sostegno alle responsabilità familiari, il quale è teoricamente imprescindibile e determinante, è stato distribuito all'interno degli altri, proprio per semplificare l'intervista, tale che i punti 1-4 sopra esposti sono stati riassorbiti, all'atto pratico, negli altri effetti attesi (rispettivamente C, A e B).

Tab. 21 Lista degli effetti attesi

A) INTEGRAZIONE SOCIALE
B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'
C) RIDUZIONE COSTO ECONOMICO PER LA FAMIGLIA
D) SODDISFAZIONE BISOGNO ALLOGGIO ASSISTITO
E) ACCESSO AI SERVIZI
F) PREVENZIONE RISCHI E GESTIONE SITUAZIONI DI EMERGENZA
G) RIDUZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO
H) SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

7.2. Il Fondo per la Non Autosufficienza (FNA)

La legge regionale n. 66 del 18/12/2008 ha formalmente istituito, dopo una prima fase di sperimentazione in alcune unità amministrative seguita da una più estesa fase “pilota”, il Fondo regionale per la non autosufficienza. La versione del questionario di rilevazione sugli effetti attesi validata dai funzionari della Regione Toscana non conteneva esplicita menzione del Fondo, anche se alcune domande riguardanti l’area relativa agli anziani vertevano su aspetti direttamente coinvolti da tale programma, quali la domiciliarità o il bisogno di residenza assistita. L’approvazione della legge, con la messa a regime del FNA, e l’importanza di quest’ultimo sia in termini di risorse sia, soprattutto, per la sua capacità di generare cambiamenti di grande momento nei processi gestionali dell’assistenza sociale toscana, hanno spinto i membri del team di ricerca ad inserire nel questionario delle interviste una parte specificamente dedicata al FNA. In alcuni casi (CS6 e CS7) non è stato possibile integrare pienamente nel questionario la batteria di domande sul FNA; negli altri le domande rilevanti sono state poste, in un processo di apprendimento da parte degli intervistatori su questioni che, come si vedrà, spesso apparivano nuove anche agli intervistati stessi.

Al momento in cui sono state effettuate le interviste (tra la fine del 2008 e l’inizio del 2009) in tutti i casi analizzati il progetto per la non autosufficienza era stato avviato, quantomeno nella fase sperimentale del 2008. Vi sono però differenze, a seconda che l’unità amministrativa fosse stata coinvolta sin dall’inizio del 2008 (la ‘fase pilota’) oppure solo negli ultimi mesi del 2008, che si riverberano nella messa a regime della struttura organizzativa (Punto insieme, Punto unico d’accesso, UVM) e delle procedure previste per la valutazione del bisogno. Questi aspetti sono però anche influenzati dall’esistenza di alcune di tali strutture (quali ad esempio l’UVM) già prima dell’avvio della sperimentazione del Fondo per la non autosufficienza, come esperienze anticipatrici. Ad esempio, nel CS2 esisteva già il PUA nell’ambito del ciclo di programmazione precedente, nato per recepire un bisogno complesso, quindi non solo per la non autosufficienza dei soggetti anziani. Lo stesso per il CS5, nel quale il PUA esisteva dal 2006, dove serviva a gestire la dimissione dall’ospedale, con l’attivazione di percorsi specifici, calibrati sull’utenza, in collegamento con l’UVM che esisteva anch’esso già prima dell’avvio del progetto sulla non autosufficienza. Anche nel CS8 il PUA in qualche modo esisteva come struttura per gestire le dimissioni ospedaliere, mentre nel CS4 e nel CS6 esso è stato istituito con l’avvio del progetto non autosufficienza (in CS4 però è diventato immediatamente la soluzione organizzativa per affrontare un problema in tale caso avvertito, quello del rapporto tra ospedale e territorio, nel caso delle dimissioni).

Un aspetto di criticità, avvertito ad esempio in CS2 e CS3 in modo particolarmente distinto ma in generale in molti casi, è la pressione che la domanda di servizi per la non autosufficienza pone sulle strutture organizzative, e soprattutto su quella che deve espletare la valutazione del bisogno,

I'UVM:

“Il vero imbuto è la valutazione, ma perché? Abbiamo un'UVM strutturata per fare 40 casi. [...] Quello che si faceva prima era su un pezzetto, era decisamente meno. Se prima si facevano 40 valutazioni ora se ne fanno 500.” (CS3)

Naturalmente, questo si riverbera sui tempi di attesa della valutazione, che dovrebbero essere contenuti in 30 giorni:

“Qui c'è stato uno slittamento. All'inizio c'eravamo impegnati per i 30 giorni, poi siamo stati sommersi da questa valanga di domande e non siamo più riusciti con la nostra struttura a rispondere in 30 giorni, quindi i tempi sono entro i 60” (CS2)

In altri casi, però, vengono riportati tempi d'attesa molto inferiori, nell'ordine dei 20 giorni (CS1), anche se si lamenta la carenza di personale nell'UVM, per far fronte all'incremento di domanda.

Quello dell'aumento della domanda conseguente all'istituzione del FNA è un punto rilevato pressoché in tutte le unità amministrative prese in considerazione. In alcuni casi però questo crea seri problemi di risorse disponibili, mentre in altri il problema pare meno pressante. Prima di volgere l'attenzione agli interventi attivati nell'ambito del FNA e alle scelte fatte per soddisfare la domanda, però, è utile focalizzare l'attenzione su alcuni altri aspetti organizzativi relativi al processo di funzionamento del progetto per la non autosufficienza. In particolare, è previsto che l'unità amministrativa stabilisca un patto con la famiglia dell'assistito. Questo è molto rilevante, soprattutto nell'ottica dell'incentivare la domiciliarità, vero asse portante del progetto sulla non autosufficienza sottolineato in tutti i casi analizzati: laddove in precedenza le famiglie spesso chiedevano l'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente, ora si cerca di consentire all'interessato di rimanere in casa, attraverso vari interventi (assistenza domiciliare, contributi alle famiglie, contributi per assistenti familiari), anche quando la famiglia – forse seguendo logiche consolidate – intenderebbe richiedere l'istituzionalizzazione:

“di solito quando la famiglia si rivolge all'assistente sociale è sempre lì con una richiesta, sta all'operatore vedere, nell'UVM si valuta il bisogno, non tanto la richiesta della famiglia” (CS5).

A questo scopo, però, sarebbe importante che la famiglia – che successivamente siglerà il patto con l'amministrazione - venisse coinvolta il più possibile dall'UVM, mentre sebbene le informazioni qui siano scarse, in alcuni casi si lamenta esplicitamente che la famiglia non venga coinvolta in fase di valutazione, per essere poi ricontattata per siglare il patto. Poiché nella fase di valutazione vengono pesati gli aspetti clinici, ma dovrebbero esserlo anche quelli relativi alla capacità familiare di sostenere le scelte da compiere, il suo coinvolgimento non pieno appare come una criticità di rilievo. Altra criticità viene dal fatto che – anche qui le informazioni sono scarse –

spesso il medico di famiglia, soprattutto in territori vasti – non può prender parte ai lavori dell’UVM, sebbene mandi a questo una scheda sul paziente. Insomma: alcuni aspetti organizzativi relativi alle strutture di processo sono particolarmente critici per la buona riuscita del progetto non autosufficienza, e probabilmente meriterebbero attenta riflessione. D’altro canto in alcuni casi si registra come, al di là delle criticità, il FNA abbia avuto effetti su tali strutture, quando preesistenti, e in particolare sulla struttura di valutazione, trasformatasi da una struttura di certificazione del bisogno, che poi si disinteressa della effettiva capacità di presa in carico, a struttura integrata con l’amministrazione, che tiene in conto l’entità e la natura delle risorse effettive (CS4).

La valutazione seconda la quale prima del FNA la richiesta delle famiglie, tipicamente per il ricovero in residenze sanitarie assistite (RSA), non era mediata, mentre adesso è valutata attraverso il lavoro dell’UVM (CS4), o – come dice il responsabile nel CS2 – “nella graduatoria [per le RSA] entrano a questo punto solo le persone con un patto in cui c’è scritto RSA” ci porta alla preferenza per la domiciliarità rispetto alla residenzialità che caratterizza il progetto per la non autosufficienza.

Sebbene in molti casi-studio analizzati venga infatti riportato come già prima dell’avvio del FNA si preferisse privilegiare la domiciliarità rispetto alla residenzialità, adesso questo è uno dei cardini del progetto per la non autosufficienza: come visto ci sono delle strutture preposte a valutare quale sia la soluzione migliore per il caso clinico-sociale analizzato, e soprattutto il FNA mette a disposizione degli operatori consistenti risorse per attuare interventi volti a favorire la domiciliarità. Nelle parole del responsabile della SdS del Mugello, che possono essere generalizzate:

“La nostra politica, anche prima di questo progetto, era sempre indirizzata verso la domiciliarità piuttosto che la residenzialità, quindi come obiettivo diciamo che non c’è stato un cambiamento; naturalmente le risorse erano diverse” (CS2).

Oltre che a favorire la domiciliarità, ed in realtà al fine di raggiungere meglio l’obiettivo di fornire il tipo di intervento più adeguato al bisogno, azzerando per così dire il pregresso, il FNA prevede la riduzione delle liste di attesa per ottenere il ricovero in RSA, quando previsto dalla valutazione formulata dall’UVM.

La situazione relativa alle liste di attesa per le RSA era in realtà variegata: in alcuni casi esse erano pressoché nulle (CS8, dove però le regole di accesso alle RSA erano molto rigide), in altri tendenzialmente si riusciva a smaltire la domanda, fatti salvi alcuni possibili momenti nel corso dell’anno (CS4), in altri ancora le liste di attesa erano più lunghe (circa 30 persone in CS1 e oltre in CS2, per arrivare alle 180 persone in CS4). A seguito del progetto per la non autosufficienza, queste sono calate (da 180 a 140 all’inizio del 2009 in CS4) o si sono azzerate, come nel caso di CS1 dove adesso ci sono posti vuoti.

E’ interessante, al riguardo, la critica mossa alla strategia adottata a livello regionale di definire risorse (quote sanitarie) così da ridurre le liste di attesa per le RSA: secondo un operatore, questo crea una rigidità nell’allocazione delle risorse a potenziale svantaggio della domiciliarità:

Questa è l'unica critica che faccio al fondo sulla non-autosufficienza. Secondo me aver definito nel 2008 il numero delle implementazioni delle quote sanitarie è stato un autogol. Io capisco che nasceva da un'esigenza...lo dico perché io ero una delle zone che aveva la lista d'attesa più lunga, quindi all'esterno si doveva vedere che cambiava qualcosa. Però secondo me...il fatto di aver definito che ci doveva essere una quota che doveva andare nell'ottica dell'implementazione dell'RSA, secondo me va contro una logica che è quella della de-istituzionalizzazione. (CS4)

In ogni caso, le risorse destinate alla copertura del bisogno della non autosufficienza e l'attivazione di nuovi interventi o del rafforzamento di quelli esistenti nell'ambito della domiciliarità sembrano, almeno in alcuni casi, contribuire all'emersione di una domanda per questo tipo di prestazioni sociali prima latente, oppure automaticamente accomodata attraverso l'istituzionalizzazione in RSA. Nel caso del Mugello, ad esempio, la richiesta per gli interventi del progetto per la non autosufficienza è stata a detta dei testimoni intervistati molto superiore alle aspettative: oltre 300 domande tra marzo e luglio 2008, destinate a diventare circa 500 per il 2008, stimate in ulteriore crescita a 750 per il 2009.

Questo aumento della richiesta credete possa essere spiegato col fatto che c'erano più fondi disponibili?

Era una nuova opportunità certo. Nel momento in cui l'abbiamo lanciato abbiamo detto che il nostro progetto, fin dall'inizio, si fondava su due azioni principali: il contributo per gli assistenti familiari che prima non davamo; e un rafforzamento dell'assistenza domiciliare che era già un nostro servizio. All'inizio diciamo ci sono state delle complessità tecniche, dovute all'eccessivo numero di persone sconosciute che hanno richiesto la valutazione... e che sono risultate non autosufficienti, quindi c'era tutto un sommerso che è venuto fuori.

Prima era curato in casa ?

Esatto... in qualche modo. Ora io non ho i dati, ripeto, ma mi sembra che sia un 60 per cento, 40 invece sono aggravamenti di persone che avevano o che hanno avuto un aggravamento di tipo sociale: un equilibrio che si è rotto e quindi hanno rifatto la rivalutazione e sono entrate nel progetto anziani e famiglia. [CS2]

Oltre alla riduzione delle liste di attesa per l'RSA, i tipi di intervento introdotti nell'ambito dell'FNA sono di tre tipi: potenziamento dell'assistenza domiciliare, contributi alle famiglie per tenere in carico i soggetti non autosufficienti, contributi per gli assistenti familiari. A quest'ultimo tipo di intervento si associa tipicamente un progetto di formazione degli assistenti familiari, o quantomeno l'istituzione di qualche forma di albo, o elenco.

Per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza domiciliare, in tutti i casi analizzati se ne fa menzione, ma tipicamente dal solo punto di vista qualitativo, asserendo che questa è stata incrementata. Gli unici riferimenti specifici vengono fatti dal responsabile dell'SdS del Mugello, nella quale nel 2008 è stata erogata una media di 4 ore e mezzo settimanali per i non autosufficienti

considerati ad alta intensità (circa i due terzi del totale). Nel corso del 2009 sarebbe invece stata prevista una riduzione delle ore di assistenza domiciliare a 3 ore e mezza settimanali per l'alta intensità e a 1 ora settimanale per la media intensità. Questa riduzione è resa necessaria dall'incremento stimato della domanda, a fronte di costi medi per intervento di assistenza domiciliare superiori a quelli di altre unità amministrative, a causa della conformazione del territorio:

“in una zona come la nostra dove gli abitanti sono 65000, abbiamo un territorio molto variegato e disperso, per noi erogare i servizi naturalmente è molto più costoso che non nella piana. Quando facciamo l'assistenza domiciliare a una persona che sta in una frazione sperduta sull'Appennino... altra cosa è farla a Sesto.

Il dispiacere è questo. Nel senso che noi abbiamo partecipato alla fase pilota, abbiamo sperimentato ma non siamo stati premiati da un punto di vista delle risorse. Abbiamo innescato un meccanismo, ne è uscito fuori un bisogno concreto rispetto al quale noi siamo costretti a ridimensionare le risposte.”
[CS2]

Quanto ai contributi diretti alle famiglie che tengono in carico un soggetto non autosufficiente, interventi di questo genere sono stati considerati per l'attuazione nel corso del 2009, ma a quanto risulta dalle interviste un vero e proprio assegno di cura per le famiglie è stato erogato nel 2008 nella sola SdS Mugello, per un importo medio di 120 euro mensili, graduati in base al reddito familiare (l'importo massimo era di 150 euro mensili, quello minimo di 50 euro).

Diverso è il discorso per i contributi agli autosufficienti curati da assistenti familiari. Interventi di questo genere esistono in tutti i casi considerati. Variano invece notevolmente, fra i casi, i requisiti richiesti in termini di tipo di assistenza familiare erogata, l'entità del contributo, le regole che sovrintendono alla sua modulazione in base alle caratteristiche di bisogno e di reddito del non autosufficiente e della sua famiglia, nonché le regole della prova dei mezzi applicata.

Una prima distinzione, che ha a che vedere con l'entità dell'importo, è se quest'ultima è tale da consentire il mero rimborso dei contributi sociali e previdenziali versati all'assistente familiare o poco più (in una logica di emersione del lavoro di cura sommerso), oppure configura anche un trasferimento al non autosufficiente volto a coprire almeno parzialmente i costi dell'assistenza familiare. Il primo caso è quello del CS1 (contributo di 165 euro al mese) e probabilmente anche del CS5 (200 euro al mese in media), il secondo è quello del CS2 e del CS5. In quest'ultimo il contributo massimo, graduato poi in base al reddito, era di 1.200 euro al mese. Nel CS2 si distingueva in base a intensità assistenziale (media o alta) e quindi in base alle ore di cura prestate, in base all'ISEE e alla presenza o meno dell'indennità di accompagnamento. Per il 2008 era previsto un contributo massimo di 900 euro al mese (ridotto nel 2009 a 700 euro), per alta intensità assistenziale, un ISEE inferiore a 6.000 euro e assenza di indennità di accompagnamento. L'erogazione media è

stata di 450 euro al mese per assistito.

Questi contributi per le badanti sono stati erogati all'occorrenza di condizioni e requisiti diversi. In alcuni casi (p. es. CS2) era necessario un contratto di assistente familiare (non di colf, quindi), da presentare all'amministrazione assieme alle ricevute di pagamento dei contributi previdenziali (in CS5, a un contratto da almeno 25 ore settimanali corrispondeva un punteggio più alto per la graduatoria prevista). Questo ha indotto un'emersione di lavoro in precedenza svolto con contratti da collaboratore familiare (colf), oppure solo in parte dichiarato. In altri casi (p. es. CS8) bastava un contratto di qualunque tipo, anche per poche ore settimanali, o addirittura una fattura per attività di cura.

Altro aspetto di notevole varianza tra i casi analizzati è quello della prova dei mezzi, cioè dell'utilizzo dell'ISEE e del modo di graduare il contributo in base all'ISEE. In generale, è emerso pressoché ovunque come ci si sia resi conto che i regolamenti di applicazione dell'ISEE fossero da aggiornare alla luce dell'applicazione del FNA, sia perché differenti tra comune e comune all'interno della stessa unità amministrativa, sia perché obsoleti alla luce delle necessità indotte dai nuovi interventi. Insomma, il FNA ha certamente avuto l'effetto di indurre la consapevolezza della necessità di modificare i regolamenti che sovrintendono all'erogazione di prestazioni basate sulla prova dei mezzi, e in molti casi gli intervistati riportavano come tali regolamenti fossero in via di aggiornamento (anche per assicurare uniformità all'interno della medesima unità amministrativa).

Infine, al contributo per gli assistenti familiari è stato associato o si intende associare – con forme organizzative differenziate da caso a caso – un intervento volto alla formazione di tali assistenti. In CS5 è stato fatto un corso di formazione di 27 ore che ha dato luogo a un elenco, e la partecipazione della badante al corso dava punteggio per l'ottenimento del contributo. In CS8 la formazione è svolta in accordo con la Provincia, e l'eventuale costituzione di un albo è demandata a quest'ultima. In CS4 si intende utilizzare le professionalità degli operatori che svolgono assistenza domiciliare per fornire formazione rudimentale alle badanti, durante le visite di assistenza a domicilio (anche se tale attività è posta soprattutto in termini di "controllo" delle badanti, alle quali i non autosufficienti sono affidati completamente). In CS1 sono da tempo attivi dei corsi di formazione per assistenti familiari di 50 ore, giunti a fine 2008 al quarto ciclo e organizzati con i sindacati e con la collaborazione dei medici, con l'intenzione di creare un albo. Questi corsi sono spesso frequentati più da assistenti che svolgono assistenza diurna, più che da badanti che svolgono assistenza continuativa. Questo porta in rilievo una criticità: come consentire alle badanti vere e proprie di partecipare a corsi di formazione senza lasciare scoperte le esigenze di cura del soggetto in carico. Questo è previsto in CS2, nel quale era stato approvato un progetto, legato al contributo per la non autosufficienza, di affiancamento delle badanti a domicilio

7.3 Gli effetti comuni a tutte le aree osservate

Il questionario dedica una sezione generale di effetti attesi che si applicano a tutte le aree indagate e che, per questa ragione, sono state trattate separatamente perché trasversali ad anziani, disabili, famiglie e minori e, infine, immigrazione. La sezione generale prende in esame effetti attesi che incrociano queste quattro aree e ne sono in qualche misura una premessa, poiché si applicano ad aspetti organizzativi di coordinamento dei fabbisogni e degli interventi, oppure si concentrano su aspetti comuni, quali l'edilizia sociale e il mercato della locazione.

Nella fattispecie, si è trattato di tre domande generali inerenti tre effetti attesi, C, E e G. L'effetto atteso E (accesso ai servizi) si sofferma su di una domanda sul Punto Unico di Accesso, previsto per Legge regionale e del tipo di applicazione che ne viene data. Invece, gli effetti attesi C e G trattano del medesimo problema dell'alloggio. Nel caso dell'effetto atteso C (riduzione costo economico per la famiglia) si chiede se vi siano canali di mediazione speciale e privilegiati per le fasce svantaggiate nell'accesso al mercato della locazione. Nel caso dell'effetto atteso G (Riduzioni di condizioni di svantaggio economico) si chiede espressamente se siano stati realizzati piani o interventi di edilizia sociale. Esaminiamoli uno a uno e vediamo quali evidenze sono state riscontrate.

Accesso ai servizi

La domanda formalmente chiedeva agli intervistati se fosse stato effettivamente realizzato il Punto Unico di Accesso (PUA) e se ne fosse stata prevista nella SdS/ZD una specifica applicazione per gli ambiti analizzati (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati). Le evidenze empiriche, coerentemente con quanto già incontrato per quanto riguarda il FNA, mostrano un'attivazione sul territorio regionale, limitatamente ai casi osservati, assolutamente omogenea.

Il Punto Unico di Accesso al momento dell'osservazione era una realtà in corso d'opera, in alcuni casi già portata a compimento e funzionante, ma complessivamente acquisita da tutte le SdS e ZD come un criterio guida della loro azione. Al di là dell'uniformità sostanziale che associa unità amministrative che stavano implementando e altre che avevano già portato a termine l'implementazione. Il criterio differenziante tra le prime e le seconde è dato per lo più dalla natura tra SdS, che già nei PIS avevano inserito fin da subito questa innovazione, e ZD, le quali invece avevano atteso il FNA. Le interviste hanno mostrato declinazioni originali e diversificate all'interno degli otto contesti osservati evidenziando interpretazioni locali coerenti con gli indirizzi, la cultura organizzativa e le contingenze locali (risorse a disposizione, servizi esistenti, incidenza del settore sanitario sul piano quantitativo e qualitativo).

In buona sostanza, quanto riscontrato risponde alla strategia regionale di introduzione

graduale dell'innovazione distinguendo tra unità che avevano aderito o meno alla sperimentazione. Accade così che in alcuni specifici casi – ad esempio CS2 e CS5 - il PUA sia una realtà ormai considerabile come consolidata, e in altri casi sia appena partita – come nel caso del CS8, che ha attuato il PUA solamente con la legge sulla non autosufficienza, o come il CS6, dove si è iniziato dalla costituzione di due distinti e autonomi Punti Insieme sul territorio, per poi procedere alla costituzione di un PUA (al momento dell'osservazione più in veste formale che sostanziale).

Al di là di questo, ci sono due differenze sistematiche di carattere generale che debbono essere segnalate. La prima concerne il *tipo di configurazione assegnata* al PUA, e la seconda *l'area di applicazione*.

a. Tipo di configurazione assegnata al PUA

Nella prima si vede che il PUA, al di là di una evidente comune impronta fedele al disegno fornito dalla Regione, viene interpretato come una soluzione organizzativa diversa: da un lato come un *front office* che fa filtro e, dall'altra, come una cabina di regia dei servizi, un *back office* con diversi gradi di accentramento e capacità progettuale.

Il PUA come front office.

Il PUA come sistema di front office poggia sull'idea che esso sia uno sportello o un nodo di una rete di sportelli. Accade così nella ZD della Val di Chiana aretina, ad esempio, dove il PUA è contemporaneamente un accesso ai servizi da parte del pubblico e il luogo di coordinamento dei medesimi, compresa la sede di funzionamento dell'UVM. La collocazione del PUA nel paese di Camucia, quindi non a Cortona, capoluogo dell'area, dà l'idea che si tratti di “uno sportello potenziato”, uno dei diversi accessi (tre in quest'area, oltre il PUA) ai quali si è conferito il compito di coordinamento.

Questa idea è stata sviluppata anche in altri casi, oltre quello citato: si parte da una concezione di rete del lavoro di integrazione socio sanitaria dove i terminali sono, come nella Val di Chiana Aretina, i Punti Insieme, e il PUA fa da ufficio di raccordo. La seguente intervista esplicita in modo chiaro il rapporto tra Punti insieme e la funzione di raccordo del PUA:

“sono spazi che non sono distinti tra sociale e sanitario, sono integrati: se vuoi puoi trovare un assistente sociale del CO&SO, lì Azienda sanitaria o un infermiere a seconda delle cose. Lì viene fatta la prima valutazione, che sia semplice o complessa, della situazione e le persone che stanno lì sono sempre le stesse, sono formate e sono in formazione e sono in grado di fare una prima valutazione. Cioè io arrivo e sono anziano e gli dico: “La mia pensione è bassa e mi ci vuole un contributo economico”; e vengo immediatamente indirizzato verso le strutture che sono lì accanto per un contributo economico. Altrimenti si apre la scheda sanitaria e arriva a quello che noi chiamiamo PUA” (CS3).

Il centro di Grosseto, come si vede dall'intervista, è il luogo di aggregazione di diverse unità

terminali, chiamate Punti insieme, ma per stessa ammissione dell'intervistato costituite localmente nei comuni secondo le disponibilità, sfruttando le risorse organizzative e logistiche dei luoghi, e poi aggregandole nel coordinamento centrale del gruppo di lavoro di cui fa parte la direzione della ZD, che viene chiamata PUA. Il caso grossetano aderisce alla sperimentazione, quindi, senza essere una SdS, recependo bottom up, e di iniziativa propria, le specifiche della sperimentazione delle SdS. Già nella logica della sperimentazione, ad esempio, l'idea del PUA come coordinamento dei punti insieme, è quella di rispondere territorialmente e capillarmente ai bisogni delle persone, in modo da aumentare la domanda potenziale di servizi:

“abbiamo verificato che nel nostro territorio dove abbiamo una diffusione di presidi e servizi sia di assistenza professionale, sia medici di famiglia, il vero bisogno della presa in carico nasce all'uscita dall'ospedale. Ora, alcuni Punti insieme, distribuiti nei presidi distrettuali ... (CS5).

Come si vede, l'idea di fondo è quella del presidio decentrato (anche nel CS6), e l'esigenza di fondo è di andare incontro alla domanda anticipandola mediante un decentramento anche logistico della risposta alla domanda medesima. La presenza sul territorio è prevalente sull'esigenza di coordinare progettualmente.

Il PUA come back office

Il PUA come cabina di regia, invece, vede invece questo stesso come luogo di progettazione e di coordinamento insieme, ossia come unità strategica di coordinamento di servizi con obiettivi ben precisi. Nel caso della SdS Pisana, ad esempio, l'idea di tre diversi PUA sul territorio viene progettata per l'integrazione specifica con la clinica universitaria, non essendoci un Azienda ospedaliera autonoma dall'Università di Pisa:

“ noi abbiamo investito in particolare nel PUA come un elemento di regia per questo rapporto...noi avevamo già un progetto in atto, però a questo punto abbiamo trovato il percorso idoneo...per cui abbiamo rodato molto bene il discorso delle dimissioni programmate che...nel corso di un anno sono diventate quasi seicento...quindi un lavoro molto grande...tra l'altro con delle risposte molto varie, perché abbiamo inserito dentro l'ospedale di comunità la residenzialità temporanea, come la residenzialità di lunga durata...l'assistenza domiciliare” (CS4).

Il PUA altro non è, in questa chiave, che il perno centrale di un sistema che risponde ad un progetto di integrazione, ma in un certo senso il complemento finale di un percorso di integrazione e di configurazione a rete delle strutture e dei servizi, innestandolo come *trait d'union* finale ad un lavoro precedente già compiuto su entrambe i fronti, sia dell'integrazione, sia del coordinamento dei terminali territoriali. In quest'accezione il PUA, quindi, è soprattutto un *backoffice* dove si dedica maggiore attenzione allo studio che al contatto con gli utenti:

“il Pua è il punto unico d'accesso zonale, noi gli abbiamo dato un taglio di coordinamento dei punti

periferici, cioè in perfetta sintonia con la legge 66 del 18 dicembre, [...] e noi abbiamo quindi un PUA già costituito più di un anno fa nel 2007. Sostanzialmente è, però, un punto unico di accesso non aperto al pubblico, ma ha un taglio più che altro di coordinamento di natura amministrativa, che coordina i veri punti di accesso che sono i nostri servizi sociali sul territorio dove trovano ovviamente spazio anche i punti insieme. Il Pua quindi cosa fa? Riceve per fax le segnalazioni di cui alla legge 66 dai punti insieme, istruisce le pratiche e crea gli ordini del giorno per le sedute del E' la cabina di regia, è il cruscotto vero sul fondo della efficienza soprattutto" (CS7).

Tra queste due concezioni, si colloca il caso della ZD Pistoiese, il quale fa caso a sé, anche per via del ritardo con il quale è partito rispetto agli altri, dove il PUA viene concepito soprattutto come luogo di smistamento dei casi, e non come luogo di regia, ma nemmeno come sportello al pubblico, quanto come complemento ad un gruppo di progettazione e di regia effettivo, che già esisteva nella ZD, e che faceva aggio su rapporti tra AUSL, ospedali e servizi sociali già da prima, soprattutto sul versante sanitario, con qualche lentezza di applicazione sul sociale. Quindi, l'idea dello smistamento lo avvicina come caso alla prima idea di PUA, come front office, mentre l'idea di un gruppo di lavoro progettuale pre - esistente lo avvicina alla seconda concezione del PUA, come back office. Questa condizione ibrida è da interpretarsi come caso *in fieri*, data dalla recenza dell'istituzione del medesimo.

b. Il campo di applicazione dei PUA

In secondo luogo, i PUA esistenti si differenziano secondo il campo di applicazione: da un lato prevale un'applicazione fedele alla legge sulla non autosufficienza, che fa trarre le risorse del PUA dal medesimo e che lo attua limitatamente al campo degli anziani; dall'altro, invece, si ha una interpretazione estensiva del PUA, che tratta tutte le aree di intervento.

La prima delle due applicazioni è maggioritaria, e investe tra l'altro le due grandi (per dimensione) SdS del campione osservato, come la Pisana e la Fiorentina Nord Ovest, ma anche la Grossetana, l'Alta Val di Cecina.

La seconda invece è propria della SdS del Mugello, dove la sperimentazione investe tutte le aree e, di conseguenza, comporta un PUA generalizzato.

Infine, in altre SdS o ZD non si avverte la differenza tra area anziani e altre, in alcuni casi per via della recenza dell'istituzione, come la Pistoiese e la Alta Val d'Elsa, e si procede, come nella Val di Chiana aretina (dove il PUA è per gli anziani, ma potrebbe rispondere anche ad altri bisogni, una volta che c'è, in modo da andare a "pieno regime"), ad un indistinto tipo di servizio, senza porsi il problema di una specializzazione.

Va notato, tuttavia, che questi ultimi tre sopracitati casi sono contesti di servizio molto circoscritti dimensionalmente e con volumi di utenza limitati, cosicché la mancata distinzione è

anche frutto del fatto che gli anziani da soli costituiscono una porzione tutto sommato troppo limitata per giustificare una specializzazione.

A margine di queste considerazioni, si possono associare, per quanto concerne il PUA, alcune osservazioni su precisi aspetti. In primo luogo, il ruolo della UVM. In alcuni casi, l'UVM, istituita pressoché ovunque, svolge un lavoro per così dire “on demand”, quando viene segnalato un caso, in altri si tratta di un'équipe strutturata e continuativa. Nel primo caso si tratta di unità che vengono convocate ad hoc:

“ è sempre su segnalazione, valutando se il caso è totalmente di non-autosufficienza dalla scheda del medico curante, si va a fare la segnalazione e se ne parla con il distretto, i servizi sociali della Ausl, gli infermieri, la geriatra, a volte a seconda della patologia interviene anche la geriatra, dopo che è fatta la valutazione torna in UVM e si decide tutti insieme anche con i servizi sociali del Comune” (CS1).

Nel secondo caso, l'UVM è un'attività istituzionalizzata e continuativa. In entrambe i casi, l'UVM precede (come nella Pistoiese e nell'Alta Val d'Elsa, del resto, dove il PUA è ancora in fase di sviluppo) sempre e comunque il PUA e rappresenta un sostrato storico necessario al passaggio verso il medesimo PUA.

Una seconda osservazione concerne le modalità di lavoro dell'UVM, per la quale si prevede un periodo di valutazione di circa trenta giorni in media, anche se non in tutte le unità intervistate vi è una risposta specifica che viene data. La sensazione, però, è che la proceduralizzazione dei tempi di risposta sia complessivamente acquisita ovunque, magari con diversi gradi di intensità e di precisione, specie laddove questo servizio viene concepito come rete tra comuni molto piccoli e dispersi sul territorio, e dove quindi informalità e necessario adattamento reciproco sono la vera molla di coordinamento dei servizi. In alcuni di questi, infatti, ci si preoccupa della difficoltà di smaltire le domande di attesa (Grossetana, ad esempio) e la necessità di passare ad una integrazione maggiore con il servizio sanitario.

Edilizia sociale e mediazione per la locazione

Il secondo punto trasversale a tutte le aree invece tratta un problema sociale di grande rilevanza inerente l'alloggio per le fasce deboli. Due specifiche domande rappresentavano questo stimolo nel questionario. La prima domanda era se ci fossero stati già presenti interventi di edilizia sociale (quali alloggi individuali a canone agevolato) operati dalla SdS/ZD, a fianco delle altre autorità locali e, in caso affermativo, di che tipo e con quali requisiti per l'accesso, con quali criteri di assegnazione - e se ci fossero domande inevase sulla base delle risorse sono stanziare per questi interventi.

La seconda domanda, invece, chiedeva, come detto sopra, se nella SdS/ZD ci fossero già strumenti di mediazione per l'accesso al mercato della locazione per anziani, disabili, famiglie e

minori, immigrati.

Queste due domande, tra loro collegate, investono tutte e quattro le aree e per questa ragione sono state rivolte a livello generale per lasciare all'intervistato/a la libertà di indicare a quali aree specificatamente si riferisse l'eventuale intervento.

In linea generale, si deve sottolineare che nella gran parte dei casi analizzati l'edilizia sociale e la mediazione per la locazione, nella fattispecie, e il problema della casa in generale, non vengono avvertiti come un compito delle SdS e delle ZD, pur riconoscendo che si tratta di un effetto atteso sociale, ma svincolato da un sistema di risposte integrato che debba vertere sul piano socio sanitario.

La "casa" è intesa come una politica comunale e come tale viene vista come un compito che deve rimanere in capo ai comuni, anche se qua e là gli intervistati hanno sottolineato il significato "sociale", talvolta stigmatizzando l'eccessivo controllo dei comuni e l'assenza di delega verso le SdS o ZD, ma riconoscendo tutti quanti un problema di consenso politico connesso con assegnazioni degli alloggi, in proprietà o in affitto. Insomma, è senz'altro, parte della qualità democratica, ma non è organizzativamente parte delle politiche sociali regionali e del sistema delle SdS/ZD.

Al di là di questo fatto, però, le interviste hanno registrato una situazione molto diversificata che è necessario esplicitare nel dettaglio, dacché le risposte al problema sono diverse dal punto di vista del tipo di servizio e della logistica posta in essere.

In alcuni precisi contesti, l'edilizia sociale ha uno specifico profilo tematico di area di intervento. E' il caso della SdS Pisana, dove rientra nell'alveo di un progetto per la residenzialità dei senza fissa dimora e per le comunità Rom. In questa fattispecie, l'edilizia viene interpretata come "sociale" a tutti gli effetti, quale misura per l'integrazione di marginali. In altri casi, l'edilizia sociale viene condivisa tra ZD e comuni appartenenti. E' questo il caso dell'Alta val d'Elsa, dove la Fondazione Territori Sociali ha in gestione per conto dei comuni - su fondi dei medesimi - appartamenti e residenze per assegnarli a casi "sociali" secondo formule ed esigenze differenziate:

"gestito da noi per conto dei comuni, è stato fatto un bando con misure agevolative all'accesso alla casa, quindi: affitti a canone concordato, sfratti per morosità, acquisto prima casa, caparre, anticipo di caparre eccetera; fatto con micro credito, sulla base di una convenzione con la società di microcredito di Siena, e risorse a fondo perduto, quindi, sostanzialmente ci sono degli strumenti che sono prestiti dati ai cittadini con cui noi abbattiamo gli interessi, con risorse comunali, quindi a interessi zero" (C6).

Questo caso, ma non è il solo, mostra che la tendenza a delegare alle unità integrate socio sanitarie la gestione dell'edilizia sociale potrebbe essere in crescita, proprio per le realtà più piccole, in vista di una più sistematica attività in capo alle medesime. Ciò accade, ad esempio, anche alla SdS Alta Val di Cecina, ma anche la stessa Pistoiese applicata all'emergenza abitativa di tutte le

aree, secondo modalità e graduatorie tipicamente “sociali”, comunque però sempre attraverso esperienze circoscritte e limitate ad alcuni comuni (Pistoia, Pomarance e altri). Nel Mugello, da dicembre 2008, ad esempio, sono partite iniziative di tre diverse case di edilizia sociale orientate in questa direzione, sempre con l'iniziativa primaria dei comuni e il coinvolgimento della SdS a governare la risposta. Insomma, la risposta all'effetto atteso dell'edilizia sociale è prevalentemente e saldamente in capo ai comuni, proprio per il contenuto di consenso politico connesso al provvedimento, ma la gestione viene sovente delegata alla SdS/ZD in una logica di condivisione su separazione di compiti, politici e gestionali. Quello che si è osservato, quindi potrebbe essere l'embrione di una tendenza.

Tuttavia, i comuni rimangono il baricentro ed è possibile che a macchia di leopardo di volta in volta essi si mobilitino per andare incontro a questa esigenza, ma difficilmente, a parte i casi sopraesposti, si assiste ad una precisa mobilitazione in tal senso. Piuttosto, come accade nella Grossetana e nella Pistoiese, i comuni si dotano di specifici enti strumentali, aziende o fondazioni, che sono rivolte a risolvere questo problema, magari in collaborazione con altri soggetti del volontariato, come le Misericordie, o con la Diocesi, o associazioni o altro, ma sempre in una logica di saldo controllo da parte del comune, e senza l'esplicito coinvolgimento della SdS/ZD. In questi due casi citati, l'esclusione è palese e intenzionale.

Si può affermare, allora, in via riassuntiva di questa situazione caratterizzata da una spiccata varianza, che la gestione può essere settorialmente assegnata alle ZD o SdS, ma la politica abitativa rimane in capo ai comuni. Questa affermazione non è generalizzabile poiché di volta in volta la casistica varia assai e ciò che si può intendere per gestione o politica varia da contesto a contesto, per cui talora la SdS o ZD può estendere la propria sfera d'azione molto verso la politica, e talvolta è invece una mera gestione delle emergenze e delle liste di attesa attraverso gli assistenti sociali di zona, e quindi ricomprendendo questa attività nel consolidato servizio sociale territoriale.

Il caso della Pistoiese è esemplare di questo *mélange* concettuale tra politica e gestione:

“C'è un gruppo di anziani che ha fatto una proposta alla giunta. Hanno detto: noi siamo un gruppo di anziani, abbiamo delle case sparse nelle frazioni che, anche se non lontanissime dal centro, risulta difficoltoso spostarsi. Allora: Comune: dacci una casa, un immobile da ristrutturare e noi cediamo a te le nostre case. Ora in comune stiamo ragionando su questa proposta. Ora: è passato il tempo, però – questi anziani sono stati tenaci – e siamo arrivati all'individuazione del terreno, e quindi loro probabilmente partiranno con questa loro ipotesi. Al primo piano le abitazioni, al piano terra le abitazioni... Si costruiscono nuove nell'area ex-Breda. Ed è una forma – a parer mio - di edilizia sociale” (CS8).

Per quanto concerne la mediazione per la locazione, le evidenze empiriche mostrano una realtà più diversificata e più “vivace”, dal momento che le unità socio sanitarie vengono coinvolte più direttamente quando si avverte il problema con chiarezza.

Anche qui è però difficile generalizzare e il dato merita un grado di dettaglio descrittivo. Nella SdS del Mugello, ad esempio, esiste un'agenzia di mediazione “Abitare il mondo” direttamente sotto controllo della medesima e rivolta a fasce di utenza differenziate:

“politiche della ricerca sulla casa: abbiamo il progetto per l'agenzia casa (dal 2002!) che è rivolto ai cittadini immigrati, ma anche italiani, in stato di disagio che svolge un'azione di prestito. Un progetto già attivo in cui un'associazione svolge nel quadro dei servizi anche la ricerca degli alloggi facendosi garante presso i proprietari per le prime mensilità, il concetto è quello del prestito. C'è un fondo di rotazione che viene messo a disposizione in parte dalla Società della Salute e in parte direttamente dai comuni sulla base degli abitanti” (CS2).

La strategia dell'agenzia interna alla SdS si accompagna con un ruolo più squisitamente di accompagnamento che viene fatto nel caso della SdS Pisana, sempre e soprattutto per gli extra comunitari, ma senza un profilo preciso di disagio. L'idea di base è “accompagnare” gli stranieri o altre fasce di bisogno, preso le agenzie immobiliari e sostenere la locazione, anche mediante l'integrazione di trasferimenti finanziari aggiuntivi, come del resto descritto in proposito nei paragrafi relativi per ciascuna area. In altri contesti, come ad esempio la Grossetana, invece, il servizio territoriale di zona svolge una funzione di intermediazione passiva, invece che attiva, nel mercato della locazione:

“noi abbiamo all'emergenza abitativa una nostra assistente sociale del CO&SO che fa da *trait d'union*, ma anche da valutatore professionale quando è necessario, perché è vero che comunque sono regolamenti amministrativi ma perché è fuori dalla legge quindi l'accesso è a valutazione professionale. Serve ad attenuare la tensione sociale rispetto agli sfratti. Grosseto è bestiale. Con mille persone in più ci vorrebbero duecento appartamenti all'anno e allora Grosseto dovrebbe crescere di 300 appartamenti all'anno. Ed è chiaro che la tensione abitativa è molto forte e chi ha soldi se li compra anche se i prezzi erano andati al limite, gli altri si rivolgono ai servizi” (CS3).

Come si vede, nel sopra citato stralcio, il compito dei servizi sociali verso l'effetto atteso è più di contenimento che di sostegno alla ricerca.

Infine, esiste il caso in cui è il comune da solo che interviene con progetti specifici lasciando alla ZD solamente il compito di contribuire all'affitto mediante una contribuzione straordinaria sotto forma di assegni o quant'altro permetta al nucleo familiare o al singolo di poter sostenere la spesa per il canone di locazione. In questo caso, Alta val d'Elsa, la ZD “arretra” nel suo raggio di azione. Mentre per l'edilizia sociale aveva una piena discrezionalità di intervento nell'assegnazione degli alloggi, nel campo della locazione, il suo ruolo è limitato al mero trasferimento di contributi finanziari integrativi.

In altri casi ancora, infine, si propone di lasciare al volontariato tutta la mediazione proprio perché sia spontanea, poiché si ritiene che la presenza dei poteri pubblici possa avere effetti distorsivi:

“è controproducente: se il proprietario sa che c'è di mezzo il comune o i servizi sociali, stai tranquillo che la casa non gliela dà. Lo facciamo tramite il volontariato, allora, no... c'è per esempio un associazione che si chiama Raggio di sole che fa appunto questo lavoro, lo fa anche... in associazione col volontariato riesce anche a sovvenzionare... anche per la caparra, casi molto selezionati eh: perché li vogliono per benino, bellini, che garantiscano... ma comunque esistono comunque non ufficialmente tramite il comune, ma tramite quest'associazione, questo pool di associazioni... perché abbiamo visto che è più produttivo rispetto alla diffidenza atavica che c'è nei confronti dei servizi sociali: se io chiamo un'agenzia... ma lo sapete che alcune volte – poi tutto ti insegna nell'esperienza: io è undici anni che dirigo il servizio: a me è capitato di aver fatto una dichiarazione: dichiaro che al signor “Rossi” darò, il Comune darà 300 euro al mese, per pagare l'affitto per un anno, per sei mesi, insomma... - questa dichiarazione, all'agenzia, alcune volte ha significato: “No no no, l'ho già data via la casa, l'ho già data via la casa”. Proprio la diffidenza nei confronti del fatto che questo chissà che problemi porta...è lo stigma sociale” (CS8).

In questa logica bottom up, si riferiscono esperienze e casi specifici di anziani o altre categorie che si associano e fanno richiesta, ma sempre lasciando l'iniziativa dal basso.

In conclusione, il problema della casa ha risposte diversificate, talvolta episodiche, in ogni caso complessivamente a macchia di leopardo e lasciate all'occasionalità ed all'inventiva locale, cosa che assicura soluzioni anche importanti, anche se del tutto a-sistemiche, ma complessivamente frutto di progetti e risorse contingenti locali e specifici. Per questa ragione è difficile trarre una interpretazione generale sul fenomeno, se non per ribadire che sia l'edilizia sia la locazione sono soluzioni specifiche che vengono date ai problemi senza una strategia generale, con un ruolo preponderante lasciato ancora ai comuni ed alle discrezionalità politiche di questi ultimi, con un ruolo delle SdS/ZD che è complementare per le parti di gestione del servizio, e del tutto escluso quando invece si tratta di scelte politiche, e, infine, con un ruolo davvero marginale per il terzo settore relegato ad un ruolo doppiamente complementare (rispetto alle SdS/ZD). L'effetto atteso dell'edilizia sociale mediante edificazione o assegnazione di case o mediazione per la locazione è complessivamente presente in tutte le aree e oggetto dell'agenda politica dei comuni, ma perseguito in modo organizzativamente disorganico mediante una parziale condivisione, del tutto a-sistematica sul territorio, e non del tutto chiara nella definizione dei confini dei ruoli medesimi.

7.4 L'area anziani

Per l'area anziani il questionario prevedeva una rilevazione di tutti gli effetti attesi, dal momento che ad oggi l'area anziani rappresenta il target di maggior impegno finanziario, organizzativo e strategico della Regione Toscana nel campo delle politiche sociali: infatti, come è noto, l'area anziani costituisce l'ambito di intervento regionale con il maggior numero di servizi offerti e con la maggiore diffusione sul territorio regionale di prestazioni di varia natura. E', in un certo senso, il *core business* delle politiche sociali toscane. Al di là dell'incidenza espressa nel paragrafo 3.2 a proposito del FNA, infatti, l'area anziani costituisce pressoché ovunque nelle unità amministrative indagate il bacino di prestazioni più frequente e più omogeneo.

Esaminiamo ordinatamente gli effetti attesi per vedere come si manifestano gli interventi per generarli, di quale tipo essi siano e come la loro presenza e la loro configurazione organizzativa vari sul territorio regionale osservato attraverso il campione degli otto case studies individuati.

Integrazione sociale degli anziani

Iniziamo dall'effetto atteso A, inerente l'integrazione sociale per gli anziani. Il questionario, che riprende la matrice degli effetti attesi, e che è quindi costruito sulle caratteristiche delle prestazioni programmate (e/o esistenti), è strutturato su di un'unica domanda, la quale però comporta risposte molto articolate data la vastità delle risposte, ossia se nella SdS/ZD ci fossero attivi servizi e attività di promozione della salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani (ad esempio, attività di ginnastica, corsi per stili sani di vita, centri diurni, manifestazioni, eventi, orti sociali, gite, etc.).

Tutti questi servizi sono stati riscontrati come presenti, anche se in forme diverse e con soluzioni tipologiche e organizzative diverse. Tutte le SdS e ZD analizzate hanno predisposto un ampio ventaglio di attività finalizzate a questo scopo, in alcuni casi anche da periodi prolungati di tempo. Si può affermare che le prestazioni volte all'integrazione sociale dell'anziano costituiscano da tempo il più consolidato strumento impiegato per rispondere al bisogno e, nello stesso momento, la strategia base di risposta, quasi automatica, al fabbisogno di socialità dell'anziano. Per molte e diverse ragioni, a partire dal limitato costo di queste iniziative, le quali prevedono il sistematico coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato mediante convenzioni, costituiscono lo "zoccolo duro" della risposta al problema dell'integrazione sociale degli anziani in Toscana già da quasi due decenni.

Il dato è omogeneo e storicamente indiscutibile. Invece, le forme della risposta sono molto diverse, appunto, secondo gli specifici casi, spesso proprio perché alternano soluzioni interne alla struttura con altre esternalizzate ad associazioni e cooperative, anche se queste ultime prevalgono,

quando non si ricorre addirittura alla formula della gestione associata (CS4).

Tuttavia, dalle interviste emerge che l'insieme di queste attività raramente viene concepito come un “pacchetto integrato di servizi” orientati nella medesima direzione secondo una strategia unitaria, quanto ad un aggregato di risposte consolidate che si sono stratificate nel tempo secondo strategie organizzative eterogenee e localmente determinate dalle risorse in gioco: la presenza di un'associazione, l'esistenza di un impianto, la consuetudine spesso informale ad organizzare determinate attività anche al di fuori delle logiche istituzionali che poi invece si sono istituzionalizzate quando ricondotte in un piano organico da parte della SdS o ZD.

Il pacchetto delle prestazioni che contraddistinguono queste attività, che vanno dal tempo libero al mantenimento della salute fisica e mentale, muta nella denominazione e nelle soluzioni gestionali in modo assai vario, passando dalla messa a punto i centri diurni in senso proprio (SdS Pisana) o in senso evocativo (FTSA) o semplicemente concependo degli spazi di relazione (Pistoiese) che non ambiscono a divenire centri diurni.

In alcuni casi, appunto, centro diurno è un servizio che corrisponde ad una prestazione complessa di tipo socio-sanitario e nel quale è determinante la presenza del personale medico e paramedico distinguendo profondamente l'idea di centro diurno attivata nella maggioranza degli altri casi nei quali invece viene privilegiata la sola dimensione socio relazionale e psicofisica dell'anziano.

Lo scopo comune di questi servizi dai profili di risultato e dalla logica organizzativa così diversa è l'enfasi sull'aspetto relazionale di tipo socio-integrativo della parziale autosufficienza o dell'autosufficienza limitata da un numero limitato di relazioni amicali ed affettive. Insomma, se la formula è eterogenea da identificare, l'obiettivo è sostanzialmente lo stesso.

Tuttavia, è curioso notare che lo stesso concetto abbia un campo semantico così ampio e così localmente definito, frutto di una storica costruzione del servizio sociale “dal basso”, per iniziativa dei servizi sociali territoriali. Un provvedimento normativo top down, come un nomenclatore regionale che cerca di standardizzare la ovvia varietà frutto di decenni di produzione di politiche sociali a livello comunale, è poca cosa dinanzi a pratiche consolidate nelle organizzazioni e nelle comunità locali, per cui l'integrazione organizzativa dell'effetto atteso sul territorio regionale, senza che questa sviscoli la naturale varietà delle prestazioni coerenti con un principio di sussidiarietà verticale, si presuppone non passi solamente attraverso provvedimenti normativi, ma attraverso un processo di omogeneizzazione culturale e professionale.

Sostegno alla domiciliarità degli anziani

L'effetto atteso dell'integrazione sociale dell'anziano, così come individuato nei singoli PIS, ovviamente chiama in causa un secondo effetto atteso ancor più tradizionalmente consolidato nelle

politiche sociali rivolte agli anziani, vale a dire il sostegno alla domiciliarità (B).

Qui le domande rivolte agli intervistati sono state diverse: in primis si chiedeva se nella unità indagata ci fossero attivi servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (cioè socio-sanitaria, integrata con i servizi sanitari, gestiti internamente o in convenzione; poi se ci fossero attivi servizi di prossimità, anche qui se gestiti col terzo settore o autonomamente dalla struttura pubblica. In entrambe i casi una domanda di controllo chiedeva se la domanda venisse soddisfatta o ci fossero liste di attesa. Quindi la domanda successiva chiedeva se fosse promossa e implementata una strategia di de-istituzionalizzazione in direzione dell'assistenza domiciliare, in quali forme, con quali requisiti e con quale ritorno di domanda. Il questionario chiedeva quali soluzioni alternative all'istituzionalizzazione fossero promosse. Infine, se ci fosse un servizio di telesoccorso e/o tele-assistenza gestito internamente o esternalizzato.

Al di là della tradizionale risposta data dall'istituzionalizzazione dell'anziano in strutture residenziali, le otto unità osservate mostrano una sostanziale omogeneità nelle politiche intraprese al fine di dare risposte al problema, sia pure con alcune importanti variazioni. Innanzitutto c'è da dire che il margine di autonomia decisionale all'interno del panorama delle singole unità è abbastanza limitato, sia dal FNA, che istituzionalizzato e reso integrato il quadro della politica regionale, sia dal fatto che la de-istituzionalizzazione e la costituzione di diverse forme di ADI è ormai in voga da tempo. Insomma, in termini di effetti attesi non si tratta di osservare la presenza di servizi residenziali, semi residenziali o domiciliari, dacché la presenza di questi ultimi è un fatto consolidato, quanto di osservarne la varianza.

Sotto il profilo della varianza, l'effetto atteso sostegno alla domiciliarità assume diversificazioni non trascurabili. Il concetto di ADI è estremamente esteso e subisce una dilatazione non indifferente. Vi sono casi in cui per "ADI per l'anziano" si intende una prestazione generica in cui la priorità nella sua attivazione da parte del management consiste nell'esigenza di dare una risposta immediata ad un problema (CS3 e CS6). In altri casi, invece, per ADI s'intende una gamma diversificata ed istituzionalizzata di prestazioni decisamente differenziate (CS4 e CS7) dove l'idea di ADI è associata a tre tipi differenti di sostegno alla domiciliarità: una orientata all'assistenza socio sanitaria, una che è parzialmente sociale e parzialmente sanitaria (al 50%) e una invece dove prevale personale di tipo sociale.

La discriminante di questo tipo di assetto, tuttavia, parrebbe dipendere maggiormente dal tipo di personale a disposizione che da indirizzi specifici. E' una considerazione che merita un approfondimento per avere dignità di affermazione, ma la forte presenza di un'offerta sanitaria forte nel contesto della SdS (ospedali o cliniche universitarie) rafforza la disponibilità di personale sanitario e quindi la diversificazione del servizio). Più in generale, quel che conta è che l'ADI è un contenitore nel quale vengono plasmati servizi diversi codificati di caso in caso in maniera differente

secondo le specifiche risorse e caratteristiche dell'offerta (presenza e influenza delle strutture sanitarie).

In buona sostanza, il coordinamento dell'ADI rimane sempre e comunque in capo al sociale, ma le prestazioni possono variare moltissimo, finanche a coincidere con una prestazione squisitamente infermieristica, oppure consistere solo di prestazioni sanitarie. In alcuni casi (CS6) non si può parlare nemmeno di un'ADI "in senso proprio", poiché non esiste una logica di integrazione delle prestazioni, mentre prevale una logica della risposta ad un bisogno. Una considerazione generale, questa, che necessita di una verifica su un campione più esteso, ma pare di capire, attraverso le interviste, e alla luce dei PIS, che ADI "vere e proprie" con specifiche segmentazioni tipologiche di prestazioni, in virtù delle osservazioni sopra riportate, sono presenti in unità con bacini di popolazione molto ampia dove esiste un (grande) ospedale di zona o una clinica universitaria. In tutte le altre unità, soprattutto se con bacini piccoli o medio piccoli, per ADI si intende una prestazione domiciliare di risposta ad un disagio. Ciò non toglie che si tratti di una serie di prestazioni con il medesimo contenuto, e la varietà delle applicazioni esalta la ricchezza in termini di sussidiarietà verticale, tuttavia tra le due concezioni vi è una differenza: in un caso l'ADI è un'insieme codificato di prestazioni proceduralizzate, nell'altro è una "presenza flessibile" che va incontro ad una domanda con una certa discrezionalità nella definizione e nell'assegnazione.

La presenza di liste di attesa viene segnalata solamente in un paio di casi (CS4, CS8). Nella maggioranza dei casi osservati, invece, la presenza di liste di attesa viene collegata a congiunture critiche date dalle caratteristiche della zona. In prevalenza gli intervistati le dichiarano come superate, anche da poco tempo al limite, ma il FNA viene visto da tutti come un potente riduttore della complessità in questo campo (vedi par. 3.1) cosicché anche le liste di attesa sono per lo più percepite come un'inerzia eliminabile grazie all'intervento del FNA. Un dato oggettivo su questo non è stato possibile registrarlo data il poco tempo intercorso dalla ricezione del contributo finanziario, ma analogamente rilevante è invece il fattore percettivo da parte dei direttori delle singole SdS o ZD.

Il tema dell'ADI è anche strettamente collegato alla de-istituzionalizzazione ed alle disposizioni della Regione Toscana in questa direzione. La presenza di strutture residenziali per l'accoglienza agli anziani è un dato consolidato che appartiene alla storia dei servizi sociali nella Regione. In tutte le otto unità osservate si è notata la presenza consolidata di strutture di questo tipo, sia rivolte al generico disagio, sia alla non autosufficienza, sia specificatamente rivolte ai casi sanitariamente gravi (Alzheimer soprattutto) con RSA: prevalentemente in convenzione, in qualche caso in gestione diretta e in altri autorizzate. I centri diurni vengono vissuti come unico strumento per la de-istituzionalizzazione dalle RSA, ma anche in questo caso si tratta di esperienze diverse e diverso è il ricorso che si fa in ciascun specifico caso. Talvolta sono avvertiti come una risorsa programmatica di intermediazione tra la domiciliarità e la residenzialità, in altri sono delle appendici

che non “sono state previste come cerniera” tra queste due soluzioni.

La presenza delle strutture in sé è un dato omogeneo consolidato, mentre la differenziazione delle forme di gestione evidenzia le strategie locali di combinazione delle risorse disponibili mentre le strategie di de-istituzionalizzazione mostrano una tendenza non priva di difficoltà. Per prima cosa emergono critiche anche severe all'impianto regionale ed alle strategie emergenti dall'impiego del FNA.

In particolare si sottolinea la sproporzione economico-gestionale tra domiciliarità e strutture residenziali a vantaggio di queste seconde. Provocatoriamente un operatore chiede di poter gestire gratuitamente l'ADI proprio per favorire la de-istituzionalizzazione la quale, in questo regime, costituisce comunque la soluzione gestionale più conveniente e, come le, difficilmente sarà abbandonata:

“ i comuni, per poter effettuare il domicilio ed andare incontro ai costi dovranno ridurlo. Il domicilio si ridurrà, non potrà ampliarsi e poi c'è un altro dato: le residenze costruite e fatte vanno tenute piene, è inimmaginabile che uno tiene un immobile vuoto e quindi in residenze si deve tornare a investire, [...]tutti noi operatori sappiamo che l'anziano a domicilio sta meglio, ma perché stia meglio bisogna dargli l'assistenza domiciliare ed è il servizio più costoso che c'è, se fatto bene costa...e non si vede; quindi le politiche spingono nella prassi verso le residenze” (CS6).

Oppure mettendo l'accento su di un altro aspetto, un altro operatore sottolinea una contraddizione nell'impianto:

“La Regione Toscana è stata sempre molto chiara, anche per la creazione dei centri diurni per l'alzheimer...cioè di trattenere sempre più a livello domiciliare..io vedo di aver messo su un'assistenza domiciliare perché alle spalle avevo delle linee regionali forti. Non è che questi servizi nascono perché un operatore è bravo: questi servizi nascono perché ci sono le volontà politiche che agiscono sui direttori generali delle aziende, che implementano risorse specifiche. [...] L'unica cosa cui sono rimasto un po' perplesso è proprio su questo aspetto, ma non voglio dire perché...perché secondo me, capisco che la logica è stata quella di dire: mi trovo nella zona, io avevo una lista di attesa di 180 posti. Però che succede? Che la lista d'attesa spesso va interpretata. Non è che 180 persone...dico, il vero parametro è quante volte vado a finire sul giornale o il caso drammatico, perché anche una lista di attesa un po' falsata. E' chiaro che l'aumento delle quote sanitarie mi risolve, ma si poteva fare qualcosa di più coraggioso” (CS4).

A margine di queste considerazioni dobbiamo riprendere il discorso sul coinvolgimento del volontariato e delle organizzazioni del terzo settore in generale a proposito dell'ADI. Appalti e convenzioni costituiscono tutt'oggi delle soluzioni praticate in modo massiccio, per coprire questi servizi, anche se in alcuni contesti l'esternalizzazione pare essere l'unica via praticabile, quasi esclusivamente per via dei costi da sostenere, e in altri invece si opta per un mix tra pubblico e privato sociale. In generale, l'ADI sembra essere comunque, soprattutto appunto per via delle spese

di gestione di un lavoro “labour intensive” che richiede molto personale a domicilio , l’ambito prediletto per l’esternalizzazione al volontariato.

La domiciliarità non è solamente servizi di assistenza, ma un complesso di interventi apparentemente più marginali che intervengono a sostegno. Si tratta dei cosiddetti *servizi di prossimità* che coinvolgono interventi diversificati di carattere più squisitamente episodico. Rientrano in questa categoria anche il telesoccorso o il cosiddetto telefono amico per le emergenze. Tale tipo di intervento è presente in modo discontinuo e a questo tipo di effetto atteso, in termini di integrazione sociale: si risponde attraverso soluzioni simili, talvolta analoghe, ma differenti per caratteristiche e articolazione. L'unico elemento che accomuna le esperienze esistenti (cinque in tutto: CS2, CS3, CS4, CS6, CS8) è l'esternalizzazione del servizio quasi integralmente alle associazioni di volontariato. I servizi di prossimità, il telesoccorso, la sorveglianza attiva, la telefonia sociale, per utilizzare etichette differenti associate ad un obiettivo comune volto a generare l'effetto atteso dell'integrazione sociale dell'anziano, sono modi differenti per andare verso la stessa direzione. Un servizio “corollario” dell'assistenza domiciliare integrata, un contorno complementare che assume morfologie diverse e differenti prestazioni: trasporto sociale, telefonia di monitoraggio della solitudine e dei casi potenzialmente marginali.

In certi casi, il servizio è chiaramente definito, in altri è un serbatoio di risposte tipiche del volontariato, ma a bassa specializzazione e quindi ad alta elasticità, e comunque “labour intensive”. Ad esempio:

“facciamo un accordo con alcuni [educatori] professionali soprattutto con quelli che fanno il sociale poi questi ragazzi vanno a fare una serie di cose. Vanno a fare. Non sono carichi assistenziali. Vanno dagli anziani da noi selezionati autosufficienti [...] con i quali fanno letture, fanno passeggiate, fanno insieme alcune compere e alcune cose così e fanno compagnia e cose così.” (CS3).

Questa testimonianza riferisce di servizi prossimi all'informalità ed all'episodicità. In altri casi, sempre per proseguire con esempi illustrativi, i servizi di prossimità consistono in una “sorveglianza attiva”, una delle tante misure adottate rispetto all’anziano fragile, e accompagnano in qualche modo idealmente anche il discorso della prevenzione rispetto all’altro messaggio sulla non autosufficienza (CS2).

In altri casi, infine, i servizi di prossimità si mescolano con l'idea di telefono amico:

“ il monitoraggio l'abbiamo preceduto. Qui le locali pubbliche assistenze avevano presentato un progetto alla regione in tal senso, per intervenire nell'estate, cioè: ancora prima: esisteva qui a Pistoia Telefono amico – era chiamato – e nei locali dell'URP, del comune, c'era un gruppo di volontari che nel periodo estivo chiamavano gli anziani”(CS8).

In conclusione, la mobilitazione sul piano quantitativo e della varietà qualitativa degli interventi conferma che la garanzia del diritto all’assistenza sociale sotto forma di sostegno alla

domiciliarità dell'anziano è complessivamente coperta in modo ampio e completo, anche grazie al poderoso supporto dato dal terzo settore.

Sostegno alla famiglia degli anziani²⁴

L'effetto atteso C, denominato 'sostegno alla famiglia degli anziani', prevede la possibilità di supportare il nucleo familiare di questi ultimi attraverso servizi differenti, non necessariamente finanziari, attentamente volti ad integrare le risorse familiari con interventi diversi, tipo: a) servizi di mediazione per le famiglie nel reperimento di assistenti familiari (badanti); b) corsi per la formazione delle medesime; c) formazione e *counselling* e consulenziale di sostegno, o mediante attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA). Si tratta, come si intuisce, di prestazioni determinanti nella qualificazione dei diritti all'assistenza sociale.

I servizi per il reperimento di assistenti familiari sono realizzabili in forma diversa e non esiste uno standard di servizio omologabile per tutte le unità osservate. Questo parzialmente spiega come e perché attraverso le interviste si sia riscontrato una sensibilità diffusa, che si estrinseca in progetti, soluzioni e strumenti differenziati, ma senza una risposta determinata e istituzionalizzata. Questo tipo di intervento al fine di conseguire l'effetto atteso di sostegno alla famiglia rappresenta, in un certo senso, una frontiera nel quadro attuale delle politiche sociali. Il FNA, in realtà, agisce da coefficiente che valorizza e spinge i propositi a divenire delle realtà, ma nel contesto generale osservato, una mobilitazione organizzativa specifica e strutturata non è stata riscontrata nel periodo di osservazione delle interviste. Le risposte più frequenti sono infatti caratterizzate da espressioni quali "ci stiamo lavorando", sia sul piano progettuale sia su quello dell'implementazione, dacché in diversi casi la mediazione familiare per il reperimento delle badanti è inserita nei PIS. Dunque, sensibilità diffusa, mobilitazione attiva sul piano progettuale, ma l'intervento è complessivamente indietro, anche per le difficoltà di reperimento delle risorse. L'effetto atteso è prefigurato chiaramente nelle agende di gestione, ma non è raggiunto.

Più concreto è il quadro degli interventi nella formazione professionale per le badanti, senz'altro più semplice da realizzare e caratterizzato da meno vincoli della mediazione. Su questo versante si riscontra attenzione e attività materialmente operative nella maggior parte delle SdS e ZD analizzate: CS1, CS4, CS6, CS7, CS8.

In alcuni casi, la SdS o la ZD sta lavorando anche per la costituzione di un albo delle badanti (CS7 e CS8), ma sempre nella medesima logica della mediazione per il loro reperimento, ossia come un *work in progress*, un progetto in via di definizione embrionale, anche attraverso il sostegno delle associazioni e del volontariato, ritenuto indispensabile. Ugualmente, in un caso specifico (CS3), si

²⁴ L'effetto atteso "Soddisfazione bisogno alloggio assistito degli anziani" non viene riportato di seguito perché ampiamente già trattato nel paragrafo dedicato al Fondo sulla non autosufficienza.

afferma di lavorare per un accreditamento della badante in modo da standardizzarne la formazione e mediare il loro reperimento.

Nel caso del CS2, infine, la logica è quella di promuovere la costituzione di associazioni tra badati per favorire la rappresentanza dei loro interessi e la loro selezione, compresa l'erogazione di corsi dedicati alla loro formazione, anche grazie al contributo della Provincia di Firenze e con l'idea di costituire dei circoli di studio e di formazione dedicati all'auto aggiornamento delle badanti medesime.

Più in generale, le cose cambiano quando si parla di attività di sostegno o mediazione diretta alla famiglia dell'anziano, anche attraverso corsi di formazione o counselling psicologico per i familiari. Diciamo che complessivamente è difficile generalizzare il tipo di interventi che vengono posti in essere, dal momento che esistono contemporaneamente servizi molto avanzati e iniziative molto mature su problemi molto specifici, uno su tutti l'alzheimer, senza però che sia presente altrettanto anche su altri ambiti problematici.

L'alzheimer, infatti, rappresenta da solo un focus di attenzione assolutamente distinto dagli altri e peculiare che comporta intervento diretto, convenzioni con associazioni e terzo settore e, infine, costituzione di reti di auto mutuo aiuto.

Nel caso della Pisana, infatti, si fa aggio sulla presenza delle cliniche universitarie che permettono di attivare corsi specifici per le famiglie con esperti di varia specializzazione medica. Nel caso dell'alta val d'Elsa le iniziative sono rivolte anche alle badanti, ma soprattutto sono orientate alle reti di AMA, come emerge dalla seguente testimonianza:

“C'è il *caffè alzheimer...*” - ecco hanno fatto il *caffè alzheimer* per cercare di includere i familiari, giusto... È uno spazio in cui vengono ospitati i famigliari delle persone malate di Alzheimer insieme alle persone malate; e in questo spazio, grazie all'aiuto di un facilitatore, passano... cercano di recuperare un aspetto della vita familiare che è stato perso, per cui ascoltano la musica, parlano, si confrontano, bevono del the, mangiano le torte che portano... proprio per aiutare la famiglia a recuperare il rapporto col famigliare” (CS6).

E' importante sottolineare che entrambe sono unità che gestiscono internamente questo servizio, orientandosi alle reti di famiglie nella logica di complementarità rispetto a quanto già fatto dai servizi sanitari, e poi anche di quelli sociali, non vi è esternalizzazione. L'AMA è una soluzione organizzativa, oltre che di contenuto ovviamente, che viene pensata, stimolata e coordinata dalle strutture in appoggio al lavoro fatto internamente da queste.

Il coinvolgimento delle associazioni viene letto in questa logica di aiuto dall'esterno e di prosecuzione del lavoro svolto internamente all'interno delle famiglie e tra le famiglie. Si ricorda che questa idea è anch'essa condizionata dalla indispensabile presenza e ruolo del personale medico appartenente alle strutture.

In altri casi, la formazione è un orizzonte importante sul quale si vuole investire, anche se finora non si è fatto granché:

“noi stiamo orientandoci, in base alla legge, perché la legge parla di titoli per l’acquisto di servizi sempre per gli anziani. Noi pensavamo di fornire dei buoni, dei titoli alle famiglie che hanno anziani in casa con cui possano rivolgersi a soggetti del terzo settore o privati convenzionati accreditati e chiedere determinate prestazioni tra cui appunto l’assistente familiare o anche la formazione dell’assistente familiare” (CS8).

In altri casi, si sostiene che la formazione e il *counselling* non solo psicologico per le famiglie è episodico e molto concentrato su problemi circoscritti. Talvolta si fa presente la difficoltà di mettere a sistema iniziative di questo tipo, soprattutto a causa della scarsa densità della popolazione del territorio oppure per via di territori troppo vasti e quindi scarsamente abitati.

Infine, vi sono anche contesti dove l’idea stessa del servizio è assente, o è fallita, o non è possibile comunque nemmeno concepirla per questo stesso tipo di problema, e tutto ciò che è possibile pensare è comunque delegato al servizio sociale territoriale.

In conclusione, per quanto riguarda il sostegno alla famiglia bisogna distinguere tra servizi esistenti, magari anche avanzati, e la sensibilità verso nuovi problemi e nuove aree di bisogno, verso i quali c’è forte attenzione, ma non corrisposta da eguale mobilitazione e capacità di risposta. Il fronte delle assistenti familiari è avvertito da tutte e otto le unità indagate come una frontiera importante e urgente e grazie al FNA sembra esserci una risorsa aggiuntiva per farvi fronte, ma nel complesso si tratta finora di una mobilitazione abbastanza parziale.

Ugualmente, l’Alzheimer è un target ampiamente consolidato, grazie alla presenza dei servizi sanitari e della storia esistente. Tuttavia, al di là di ciò che istituzionalmente è stato messo in campo, il resto è abbastanza soggetto a iniziative locali e spontanee. Il ruolo del terzo settore, in quest’ambito, pare, conseguentemente, piuttosto complementare ad integrazione del pubblico, con un’importante impronta data dal settore sanitario.

Accesso ai servizi

L’effetto atteso E (accesso ai servizi) sviluppa per l’area anziani un elemento comune a tutte quante concernente le strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati dai diversi soggetti organizzativi della medesima volti a fornire risposte unitarie e integrate agli anziani. La domanda chiedeva agli intervistati inoltre quali sono i tempi di presa in carico venivano disposti nelle singole unità dinanzi alla domanda. Le risposte sono state scarsamente soddisfacenti sul piano della chiarezza e della puntualità, ma in linea generale evidenziano risposte differenziate, così come per quanto riguarda i tempi di presa in carico (cfr. parte sulla non autosufficienza).

Prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza sociale degli anziani

L'effetto atteso F si occupa della prevenzione dei rischi e della gestione delle situazioni di emergenza sociale degli anziani. Per osservare questo effetto, il questionario chiedeva dell'esistenza di assistenza primaria temporanea contro l'emergenza per persone anziane in situazioni di marginalità. Queste forme di assistenza temporanea concernono, ad esempio, vitto, alloggio, vestiario. Il questionario ha chiesto in quali forme organizzative (pubbliche o in convenzione) ciò venisse fatto. Analogamente, il questionario chiedeva se la SdS/ZD organizzasse pure assistenza primaria di natura più continuativa sotto forma di centri di accoglienza gestita in forma pubblica o in convenzione.

Diciamo innanzitutto che l'effetto atteso è ben presente sia negli obiettivi dei PIS sia nelle prospettive di gestione da parte degli operatori intervistati.

La capacità di risposta al problema è tuttavia subordinata alle risorse locali e questo bisogno non rappresenta uno dei *target* di risposta centrali delle SdS e delle ZD, dacché per quanto riguarda gli anziani il *core business* degli interventi è centrato, come già visto, sugli effetti attesi A, B e C, vale a dire sull'integrazione sociale e sulla residenzialità, domiciliare o istituzionalizzata.

Questi interventi coprono quantitativamente la popolazione anziana, mentre la prevenzione dei rischi e la gestione delle emergenze concerne comunque una minoranza. Per questa popolazione minoritaria esiste una risposta, ma la sua organizzazione è lasciata a iniziative diverse e locali, magari di alta intensità, altre volte invece più episodiche. Il ruolo del volontariato e del terzo settore, in una prospettiva decisamente complementare, pare in questo caso determinante (Misericordie, Caritas sopra a tutte).

Bisogna però sottolineare la diversa concezione della prestazione che sussiste tra aree periferiche e aree centrali ad alta intensità abitativa, quindi dotate di problemi di marginalità maggiormente consistenti, almeno in via teorica. Nelle aree meno densamente popolate, o rurali, comunque periferiche nel nostro campione (Val di Chiana aretina, Alta val d'Elsa, Alta val di Cecina) emerge come la risposta al problema avvenga su segnalazione del medesimo, soprattutto mediante l'importante ruolo di cerniera del servizio sociale territoriale.

Si interviene laddove si riscontra un caso. La somma dei casi non riesce a rendere però sistematico il problema, per cui si procede sempre in modo episodico, sia col vitto, sia con il problema dell'alloggio cercando soluzioni ad hoc, e sempre contingenti, valendosi di tutti i canonici strumenti posseduti dai servizi sociali: contributi per l'alloggio, requisizione degli appartamenti da parte del comune, case popolari, vestiario di emergenza e, quando queste soluzioni istituzionali sono state utilizzate si ricorre al volontariato ad integrazione, supporto e sostegno soprattutto per i problemi della quotidianità. Nelle indicative parole di un intervistato:

“Per il resto c'è la Caritas” (CS1).

Quindi vi è una distinzione tra i regolamenti di accesso, che valgono anche per queste situazioni, e l'eccezionalità. Queste situazioni rientrano nel secondo caso e la ZD o la SdS agiscono con episodica discrezionalità finalizzata alla gestione del caso emergenziale, quindi eccezionale. Insomma, la struttura pubblica svolge il proprio compito cercando di utilizzare al meglio gli strumenti a propria disposizione, che possono essere poi ricondotti tutti alla contribuzione economica ed all'alloggio.

Al di là di questo intervento, senz'altro primario, si intravede la quotidianità che viene demandata al volontariato, ma senza un coordinamento preciso, immaginando - e i piccoli numeri possono far capire bene come ciò possa non essere avvertito come problematico - che la spontaneità possa essere un valido complemento:

“Ci sono le iniziative del volontariato in questo senso, soprattutto rivolte agli anziani, diciamo che le misericordie, pubbliche assistenze, etc. fanno tantissimi servizi per gli anziani; non coordinandoli noi siamo meno informati. Io so che ci sono, ma non abbiamo relazioni organiche ecco, da questo punto di vista: anche il banco alimentare c'è, c'è la Caritas, che fa tantissimo, insomma ci sono diversi interventi del volontariato, però non coordinate in maniera organica” (CS6).

Il contrario è il tentativo di ricomprendere in un programma strutturato la risposta alla marginalità, e questo lo si vede con chiarezza nelle realtà urbane, mediante il tentativo di arginare il problema con soluzioni che non sono orientate all'eccezionalità, ma ad una tendenziale routine per mezzo di una istituzionalizzazione fittizia.

La testimonianza dell'operatore che segue è assolutamente indicativa della difficoltà a fare fronte alla marginalità, quando è quantitativamente significativa e pervasiva sul territorio, ovvero quando la comunità locale non è in grado di esercitare controllo sociale e segnalare ai servizi il caso di eccezionalità, come avveniva nelle realtà rurali o periferiche sopra descritte. La potenziale invasione di casi di abbandono mette la SdS nelle condizioni di dover tamponare la situazione attraverso gli strumenti disponibili:

“Il paziente abbandonato quasi sempre ha dei grossi problemi di natura fisica... noi cerchiamo per quanto possibile di utilizzare l'ospedale di comunità come un elemento di compenso per quanto riguarda questi pazienti. Cerchiamo di non arrivarci a questo, di avere una prevenzione... ma comunque sia cerchiamo di dare la risposta attraverso un ospedale di comunità facendo il possibile”. La degenza non è episodica, è però “continuativa, ma nel giro di sette o dieci giorni, ma sono quei giorni che ti permettono la presa in carico dell'UVM e di dargli una risposta se necessario di domiciliare... istituzionale con l'assistenza sociale... magari si manda l'assistenza domiciliare a pulirgli casa, a verificare, un po' di più di un vitto - alloggio, perché molto spesso ci siamo resi conto che questi pazienti dal punto di vista sanitario hanno delle grosse *defaillance*” (CS4).

Accanto all'istituzionalizzazione vi è, invece, dinanzi alla stessa formulazione del problema

di *policy*, la logica dell'esternalizzazione mediante convenzione, ossia la strategia di mettere a sistema l'emergenza attraverso risposte coordinate con le associazioni sopra citate in una collaborazione organizzata con il terzo settore.

In aggiunta a questa osservazione, tuttavia, si deve raccogliere anche un altro tipo di evidenza, ovvero che la risposta alla marginalità va oltre l'area anziani e che comunque inizialmente concepita per questi, poi in realtà si dilata in maniera tale che le risposte divengono per altre aree, soprattutto l'immigrazione, ma anche per nuclei familiari divisi, abbandonati e storie di persone integrate che piano piano scivolano nella marginalità.

Come si vedrà nei paragrafi successivi, ciò comporta risposte precise che vengono organizzate e coordinate volta per volta con strumenti analoghi, ma è opportuno ribadire da un lato, come è stato fatto notare per la ZD Pistoiese, come l'emergenza della marginalità immaginata per gli anziani sia sempre più per immigrati e famiglie o singoli italiani, e dall'altro che le risposte alla marginalità debbano essere integrate in una logica di accoglienza temporanea che va al di là dell'emergenza specifica in strutture e servizi che siano flessibili e adattabili ad emergenze contingenti senza essere concepiti specificatamente per questo o quel problema in assoluto.

Qui, l'idea di nuove marginalità, diversi bisogni e di risposte organizzativamente flessibili è abbastanza chiara nelle parole di questa intervista:

“Anche nella stessa non auto sufficienza c'è un rischio abbastanza presente: che persone che meriterebbero un'assistenza ancora più forte sono sconosciute ai servizi e allora in questo senso il patto territoriale con impegni reciproci tra le comunità dovrebbe vedere un coinvolgimento forte anche di altre forze che non sono soltanto i servizi, ma che siano anche altre realtà come il volontariato, le parrocchie, a segnalare eventuali situazioni che meriterebbero un'assistenza ancora più forte. E' l'altro lato della medaglia che ci spaventa rispetto a questi fenomeni e anche rispetto alla legge e alla normativa sulla non auto sufficienza. Il processo, sia pure partendo dal basso, deve però trovare la cabina di regia sempre nel pubblico e allora bisogna che i suoni si accordino bene in questo senso, cioè non si può prendere una segnalazione *tout court*, allora bisogna superare certe diffidenze, i particolarismi in questo territorio rischiano di essere l'aspetto più negativo di tutto il lavoro. Quel volontariato è mio e a quello lì ci penso io” (CS2).

Questa ultima intervista mostra in modo abbastanza evidente il percorso evolutivo della risposta alla marginalità, partendo dalla casistica inizialmente descritta nel paragrafo, dove l'eccezionalità viene affrontata in modo eccezionale, appunto, alle logiche di istituzionalizzazione come argine al problema, senza peraltro essere in grado di gestirlo, se non contenendolo, fino ad una concezione sistemica della rete di coordinamento tra pubblico e privato con ruoli, compiti e rappresentazione dei bisogni senz'altro più avanzati.

Riduzione delle condizioni di svantaggio economico degli anziani

Infine, l'effetto atteso G si occupa, come espresso nella parte iniziale della seconda parte del rapporto, della capacità delle politiche sociali toscane di ridurre le condizioni di svantaggio economico degli anziani, singoli o famiglie. Sostanzialmente si tratta di interventi di contribuzione diretta al reddito individuale o familiare sotto forma di *voucher* o buoni, ma anche mediante sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative, di attribuzione del minimo vitale e di prestiti d'onore. Siamo in un ambito di intervento consolidato nel settore pubblico e nei servizi sociali, quindi non deve stupire il fatto che queste leve siano così presenti da non costituire elemento di rilevanza, soprattutto negli intervistati, poiché questo tipo di supporti rappresentano da sempre l'arco di discrezionalità dell'esercizio della discrezionalità decisionale dell'assistente sociale.

Anche qui però è necessario operare una ricognizione sulle modalità di esercizi della funzione. Da un lato, ci sono gli strumenti "canonici", per così dire: vitto, affitto, utenze. Tutti questi sono assolutamente presenti e in modo omogeneo, si può dire anche con relativa intensità. A questi si aggiungeva il contributo anziani previsto dalla regione, sostituito, soprattutto nelle aree urbane, sempre più mediante un'assistenza domiciliare continuativa e la prefigurazione di un sistema maggiormente integrato di servizi. Dall'altro ci sono soluzioni innovative come quelle che elenchiamo sotto.

Il FNA infatti potenzialmente stravolge questa cornice e individua uno scenario in evoluzione, in direzione della erogazione di *voucher* (Alta Val d'Elsa, Pistoiese, Fiorentina Nord ovest, Mugello) i quali per ora vengono immaginati, discussi, non senza perplessità all'interno della struttura, ma non sono ancora all'ordine del giorno e comunque pensati prevalentemente per l'assistenza domiciliare. L'idea di aiuto economico, assolutamente presente e ampiamente utilizzato, trova anche osservazioni critiche proprio in virtù del *trade off* tra contribuzione e gestione del servizio.

Gli operatori intervistati, sia pure con differenze nel giudizio e diversi accenti, affermano di preferire la gestione del servizio e si mostrano complessivamente critici verso il contributo economico:

“Devo essere sincero... io sono sempre molto restio al discorso economico, perché secondo me i soldi peggio spesi oggi in Italia sono le indennità d'accompagnamento, che sicuramente sono una forma molto ingente dal punto di vista economico, ma che secondo me hanno uno scarso impatto poi negli effettivi bisogni della persona non-autosufficiente. Viene più accettata come un momento economico, non come un'esigenza a dare una risposta o comunque una tutela all'autonomia delle persone [...] mi sembra piuttosto manicheo quello di dire: “uno apre il portafogli e ti da cento euro”. Se uno ha un'esigenza uno deve cercare di dare una risposta in partenza.” (CS4).

Detto questo, si riscontra una varia popolazione di aiuti finanziari e contribuzioni

economiche spalmate un po' dappertutto, con poche eccezioni e una certa fantasia nelle applicazioni che conducono a situazioni diverse, data la base comune del contributo diretto per il canone d'affitto, le utenze etc., come già detto, come le seguenti innovazioni alle quali sopra si accennava: ci sono i contributi diretti alla famiglia e i prestiti d'onore (CS7), ma anche il micro credito, il minimo vitale ovviamente (CS6), buoni spesa, prestiti d'onore e minimi vitali (CS5), assegni di cura (CS3), contributi per l'acqua, per la nettezza urbana, per il riscaldamento, contributi all'assistenza familiare (CS1).

I requisiti d'accesso sono molto comuni a tutti i casi osservati: soglie ISEE (eccetto che per il caso del Mugello) con tetti minimi e massimi regolamentati dalla struttura e poi affidati alla discrezionalità dell'assistente sociale e quindi alla valutazione professionale di zona.

7.5 L'area disabilità

L'area disabili è parzialmente coperta anch'essa dal FNA, anche se a questa si aggiungono prestazioni più specifiche volte a soddisfare effetti attesi che vanno al di là della non autosufficienza e che coinvolgono anche aspetti di integrazione sociale del disabile.

Il questionario descritto nelle precedenti sezioni si applica infatti anche per i disabili, così come per gli anziani, ed evidenzia un'ampia gamma di effetti attesi, pari a tutti quelli identificati nell'analisi dei documenti programmatori. La quantità degli effetti attesi sottende conseguentemente altrettanti ambiti di servizi e prestazioni, dacché entrambe previsti dai PIS e da questi estrapolati nel corso della ricerca.

Insomma, anziani e disabili sono aree coperte dalla totalità degli effetti attesi e dei servizi relativi, cosicché si può affermare che sono le due aree di maggior investimento, poiché come vedremo, altrettanto non si manifesta per famiglie e minori, da un lato, e immigrazione, dall'altro.

Ciò significa in buona sostanza che una volta individuata la tipologia completa degli effetti attesi programmati nella regione Toscana, le due aree, anziani e disabili, sono quelle che presentano prestazioni volte a soddisfare tutti quanti i possibili impatti concepibili nell'ambito del governo regionale nelle politiche sociali.

Anche per i disabili, insomma, così come per gli anziani, si osserva un marcato impegno in termini programmatori con una conseguente mobilitazione di risorse, azioni e strumenti. Tutti e sette gli effetti attesi classificati nella prima parte della ricerca vi compaiono.

Come si vede dai paragrafi sottostanti, sia pure con differenze organizzative coerenti con le scelte strategiche e le capacità dimensionali delle singole unità intervistate, la capacità di perseguire gli effetti attesi nel suo complesso da parte delle SdS e delle ZD analizzate appare poderosa sotto il profilo dell'impegno profuso.

Integrazione sociale dei disabili

Per quanto concerne l'effetto atteso dell'integrazione sociale, come si è visto per l'area anziani, si ricorderà che l'effetto può essere perseguito attraverso strategie e strumenti molto differenziati, comprendenti servizi e attività di promozione della salute fisica e psicologica dei soggetti disabili, quali servizi e attività di promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili (ad esempio centri diurni, manifestazioni ed eventi, gite, soggiorni estivi), servizi riabilitativi individualizzati per i disabili (ad esempio, musicoterapia, ippoterapia), attività di inserimento lavorativo individualizzato per i disabili, progetti finalizzati all'elaborazione del lutto e all'assistenza per i disabili a seguito della scomparsa dei familiari, progetti educativi integrati (PEI) per alunni disabili.

A partire da questo organico stimolo, la risposta da parte delle unità analizzate è stata decisamente abbondante soprattutto per la copertura delle prestazioni sopra elencate, anche se poi ci sono differenze specifiche nella scelta delle medesime.

Si può affermare, però, che la promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili mediante azioni di promozione è un fatto acquisito praticamente ovunque, in alcuni casi in modo stabilizzato e continuativo, in altri mediante l'attivazione di progetti, spesso cogliendo opportunità di finanziamento dettate dalla regione o da altri enti, per cui la risposta è apparentemente frammentaria perché frutto della collazione di singoli progetti. La citazione seguente è uno degli esempi:

“uno legato all'ippoterapia. Poi c'è un altro progetto molto interessante legato al teatro per i disabili con la Società della Salute che lo finanzia e infine un'altra attività di psicomotricità” (CS2).

Questo aspetto mette in rilievo che esiste una piattaforma di risposta al bisogno che è caratterizzata dai centri diurni, con le loro prestazioni generiche, accompagnate in qualche caso da progetti specifici di carattere psicologico o relazionale, o, al contrario supportate decisamente da progetti di questo tipo in modo tale che il centro diurno consista prevalentemente di questi.

La seguente testimonianza fa capire bene il rapporto tra prestazione base e accessoria, per così dire, secondo la morfologia del bisogno e delle esigenze distinguendo tra centro diurno quale contenitore generico di prestazioni (in certi casi anche sofisticate) e poi specifici interventi finalizzati:

“Sono tutti progetti che poi ogni Comune ha sviluppato a seconda di quello che viene richiesto dal territorio” (CS7).

Accanto a questi si innestano progetti più squisitamente terapeutici i quali sono gestiti sostanzialmente in due modi diversi: o attraverso progetti generali di carattere socio sanitario o mediante il coinvolgimento diretto da parte della medesima Asl.

In buona sostanza, dalle interviste emerge che la formula di risposta al bisogno si differenzia secondo i casi conferendo oltre che una diversa logistica, anche un differente significato: se è la struttura sanitaria in esclusiva a gestire un intervento, esso viene classificato come specificatamente terapeutico, se invece è la struttura sociale, viene etichettato come socio sanitario o psico-relazionale. L'intervento può non differire di molto, mentre senz'altro ciò che cambia è la tipologia del bisogno, secondo i riscontri che vengono svolti: se nel CS5 sono i casi di Sla a costituire oggetto preferenziale, ad esempio, nel CS6 o nel CS2 si insiste invece sulle terapie post operatorie di tipo tumorale, o invece su musicoterapie o ippo-terapie per problemi più generali.

Analogamente, altrove si seguono progetti differenziati. Insomma, le prestazioni variano secondo la tipologia della domanda e le capacità dell'offerta, ma l'organizzazione della risposta assume impostazioni eterogenee: sociali o sanitarie secondo i casi, e di volta in volta il diverso *labelling* si porta con sé anche prestazioni che ovviamente, pur non essendo poi così distanti sul

piano della logica, sono differenti nei contenuti.

Questo elemento ha ovviamente un forte riscontro tutte le volte che ci si trova dinanzi a prestazioni per casi individualizzati, soprattutto per aspetti fisioterapici: in determinate circostanze la presenza solida della struttura sanitaria è in grado di attrarre ed esaurire sotto l'alveo di propria competenza la prestazione in questione, laddove invece la struttura sociale agisce da sola, dipende dalla sua capacità di autonomia o di supplenza rispetto alla Asl, individuando forme miste o riconducendola sotto l'alveo "sociale".

Va detto che in questo secondo caso il coinvolgimento del *non profit* è ovviamente massiccio e ciò configura ed esercita un'influenza proprio sulla tipologia dell'offerta: la risposta al bisogno si delinea e prende forma anche secondo le risorse di non profit presenti sul territorio.

Ultimo aspetto, quindi, concerne l'evoluzione del bisogno psico-relazionale della disabilità, che è categoria generica per definizione e che invece si manifesta secondo casistiche individuali diversissime. Dinanzi a questo si nota come, al di là della prestazione sanitaria gestita dalla Asl, la quale è standardizzata secondo i canoni istituzionalizzati dell'arte medica e del sistema sanitario, poi nei singoli contesti, soprattutto piccoli, si cerchi soprattutto di "fare fronte" al caso individuale e di fornire una soluzione.

Qui la discontinuità che pare rilevante è quella tra giovani e adulti, l'unico fattore di profonda preoccupazione in certe realtà, quali il CS5, il C7 o CS6, nelle quali si avverte la necessità di creare tipologie di risposte differenziate. Tuttavia, al di là di questo specifico segmento tra minori e adulti, il servizio volto all'integrazione sociale del disabile è generico e si polverizza in una pletora di micro definizioni e applicazioni.

Va detto che l'influenza in questa direzione il sostegno delle associazioni non profit è, in questo caso determinante, così come una buona parte degli intervistati rileva essere determinante anche il ruolo delle associazioni per la tutela della disabilità nel ruolo di veri e propri gruppi di pressione.

Insomma, l'integrazione sociale del disabile pare soprattutto una preoccupazione generalizzata che cerca di abbracciare il più ampio arco di interventi possibile, mettendo insieme prestazioni assai differenziate; mentre assai differente è il caso dell'inserimento lavorativo quale risposta all'effetto atteso di integrazione sociale. Qui varia la sensibilità da parte dell'offerta e ovviamente muta la caratteristica del bisogno.

In certi casi il coinvolgimento dell'unità socio sanitaria è assente poiché presenti altre risposte sul territorio, ad esempio:

"Questa è roba della Provincia dal '68; noi ci integriamo con la Provincia" (CS8);

In altre invece l'unità amministrativa agisce da nodo di una rete cercando di fare da mediatore

tra amministrazioni comunali, disabili e imprese:

“abbiamo tantissimi progetti di questo tipo, ogni Comune l’ha chiamato in maniera diversa, ci sono varie associazioni che partecipano a vario titolo, alcuni cercano di sfruttare tutte quelle che sono le risorse del territorio, quindi presso locali, presso strutture territoriali, in modo che il disabile continui a mantenere l’ambiente cioè continui a frequentare luoghi che ha sempre frequentato” (CS7).

Il problema dell’inserimento lavorativo permane comunque come impatto migliorabile proprio guardando alle differenze tra disabili, distinguendo cioè per fasce di criticità della disabilità. In una intervista un operatore rileva infatti che:

“[...] il problema si sposta nell’inserimento occupazionale. Il centro diurno, badate raramente si occupa dell’inserimento occupazionale. Normalmente il centro diurno degli adulti gravi che di fatto hanno rinunciato a dei percorsi occupazionali, quindi il problema dei disabili che diventano adulti è nell’integrazione nella comunità con percorsi di rieducazione all’autonomia personale e sociale. Anche perché il mercato del lavoro se è difficile per i giovani sani, ancor più per i disabili. L’assorbimento dei corsi di preformazione della Provincia sono minimi. C’è un ragazzino di Terontola che si alza la mattina alle cinque, quindi c’è anche le aziende, la Provincia dovrebbe sensibilizzare le aziende. Gli inserimenti sono pochissimi” (CS1).

Si può affermare che, a parte un paio di casi in cui l’inserimento lavorativo costituisce un’attività episodica o dai tratti fortemente sperimentali, il servizio è attivato dalle unità intervistate con modalità differenziate:

“Attività di inserimento lavorativo se ne sono fatti più o meno due tre la settimana, diciamo un centinaio all’anno” (CS7).

Nelle SdS urbane la soluzione è integrata tra servizi interni, cooperative e imprese secondo una logica pianificata di sistema, mentre nelle realtà più piccole, grazie ad una logica comprensiva frutto di progetti pensati e sviluppati sul territorio per cercare di mettere assieme le risorse esistenti.

Altrove si cerca di coniugare aspetti relazionali, terapeutici e di inserimento lavorativo mediante una formula unica è assolutamente indicativo perché testimonia proprio questa volontà di moltiplicare la risposta facendo aggio su risorse limitate:

“abbiamo fatto un protocollo d’intesa con le cooperative di inserimento lavorativo del territorio, con cui lavoriamo molto, per promuovere gli inserimenti proprio lavorativi, attraverso l’attribuzione di commesse: cioè cerchiamo di favorire le commesse alle cooperative sociali di tipo B, in modo che inseriscano al lavoro persone disabili, insomma è un circuito virtuoso...la filiera... gestiamo anche noi, fra l’altro, mi stavo dimenticando, un centro di pre-formazione e inserimento lavorativo gestito da noi direttamente” (CS6).

Un ultimo strumento di integrazione sociale del disabile riguarda l’ambito scolastico mediante i Progetti educativi individualizzati (PEI) che si presentano come un fatto consolidato

storicamente e che nelle singole realtà viene portato avanti non senza difficoltà, sia per problemi finanziari, sia per il non facile dialogo tra mondi (socio sanitario e scolastico) non sempre integrati:

“l'integrazione dei disabili nella scuola e nella rete educativa extrascolastica è ben fatta. Nonostante le penalizzazioni arrivate dal MIUR, restrizioni di insegnanti di sostegno ecc. la zona, tutta intera, riesce a rispondere con una presenza degli specialisti anche dentro la scuola e con questo organismo che è il GOIF che vede tantissimo le integrazioni. La situazione di disabilità minorile viene presa in maniera puntuale. Per le società sportive si rende disponibile per inserire ragazzi” (CS1).

Anche in questo caso, come in altri, si vede che l'esigenza di “fare sistema” vada al di là della mera integrazione socio sanitaria e richieda uno sforzo superiore di integrazione dove emergono difficoltà di comprensione tra i due mondi, come si vede tra queste due per certi versi opposte testimonianze:

“ci tengo a dire è tutto sociale, non c'è un euro di sanitario “ (CS6).

Oppure:

“spendiamo una cifra enorme sull'assistenza scolastica, con il personale della cooperativa che fa la parte di sostegno alla scuola, all'inserimento scolastico. Mi auguro che la Regione decida, ma per me appartiene al “diritto allo studio”: è una di quelle cose che è in un limbo: non si capisce quando finisce l'educativo, quando comincia l'assistenziale e si possono aprire mondi.” (CS8).

Sempre rimanendo nell'ambito dell'integrazione sociale del disabile, è importante a vedere le risorse con le quali viene generato l'impatto. Anche in questo caso, come si evidenzia in altre sezioni del rapporto, si vede come la prestazioni faccia aggio su un triplo livello di risorse che permettono di generare l'impatto: risorse interne, vale a dire servizi istituzionalizzati presenti nella zona distretto, ad esempio i centri diurni, i progetti speciali, soprattutto per casi terapeutici o per l'inserimento lavorativo, i quali quasi sempre sfruttano la leva finanziaria della regione, talvolta della provincia per l'inserimento lavorativo, in altri casi ancora mediante contributi misti, anche da privati, e infine il terzo livello di risorsa da parte del privato sociale, in casi più ristretti da parte di privati tout court. Sul primo dei tre livelli c'è poco da dire, nell'integrazione del disabile i progetti regionali specifici, o collegati all'ambito sanitario costituiscono una piattaforma indiscutibilmente percepita dagli operatori come imprescindibile.

I progetti “muovono” gran parte delle iniziative che permettono di attivarsi ai fini dell'effetto atteso e, per questa ragione, la loro presenza pare determinante, anche se chiaramente mostra un panorama a macchie di leopardo, disomogeneo e composto da situazioni ad alta specializzazione ed altre assolutamente generiche.

Si badi che su questo tipo di intervento i contributi dei privati non paiono indifferenti, sia sotto forma di donazioni da parte di *opinion leader*, sia come mobilitazione da parte delle famiglie da

parte delle associazioni o di specifiche fondazioni.

Il ruolo dell'associazionismo, insomma, è quello di far da tramite con i privati e permette di mobilitare risorse aggiuntive, ma esso merita un approfondimento. Sul piano del terzo settore e dei privati, infatti, le differenze sono ancora più vistose.

In alcuni casi da parte degli operatori si evidenzia come la presenza dell'associazionismo sia assolutamente circoscritta ad iniziative locali e settoriali per il tipo di disagio (ad esempio la salute mentale degli adulti, le vacanze al mare dei bambini) su argomenti molto limitati, soprattutto quando si parla di volontariato. L'attivazione di quest'ultimo in casi periferici, ossia di realtà relativamente piccole, pare accompagnata da iniziative specifiche, anche individuali, o anche grazie all'attivazione della mano pubblica, specie se di tipo sanitario.

Proviamo, dunque, a tirare le fila per quanto riguarda questo effetto atteso. La disabilità comporta un intenso e variegato insieme di iniziative, le quali sono davvero molto differenziate. La differenziazione è funzione delle strutture presenti sul territorio, in parte dei bisogni riscontrati, e in parte anche del tipo di competenze e di progetti che si sono sviluppati, non ultimo la tipologia di organizzazioni del terzo settore che sussistono in quell'area e che, di conseguenza, costituiscono un'offerta potenziale di servizi. Infine, nel caso della disabilità, il tipo di prestazioni offerte è anche funzione del ruolo e dell'incisività che le strutture sanitarie pubbliche o private hanno su quel territorio.

Certo è che l'apporto del terzo settore pare indispensabile in questa chiave, così come determinante pare la regia assegnata ai servizi sanitari nel determinare che cosa debba essere fatto e plasmare i centri diurni. La distinzione tra sociale e sanitario giunge persino oziosa, ma è anche il frutto di questa convivenza di logiche diverse per rispondere allo stesso problema. Quindi un fatto più culturale che sostanziale, all'atto pratico, ma proprio perché culturale segno di un'integrazione tra due mondi che ancora deve compiersi in modo più esaustivo.

Ancor più che per gli anziani, infine, è difficile ricondurre le prestazioni a categorie omogenee e predefinite, poiché davvero la tipologia dei bisogni in partenza prefigura prestazioni al limite dell'individualizzazione. In questo sforzo di andare incontro al bisogno individuale i servizi messi in opera per conseguire l'effetto atteso nei casi analizzati paiono davvero poderosi.

Sostegno alla domiciliarità dei disabili

Per quanto concerne l'effetto atteso B, ossia il Sostegno alla domiciliarità, l'esposizione complessiva da parte delle unità analizzate pare fin da primo acchito piuttosto notevole, poco inferiore, per stessa ammissione degli intervistati, alla strategia di assistenza domiciliare per gli anziani, con la medesima logica, ma al di fuori, per lo più del FNA. Solo in casi molto specifici si prevede un'ADI per disabili, altrimenti si tratta di un servizio generico che viene adattato e plasmato

anche per i disabili.

La riabilitazione specifica è prevalentemente concepita in capo al settore sanitario e se non per rare eccezioni, legate più che altro alla patologia, esiste una prestazione integrata socio sanitaria: l'aspetto di assistenza domiciliare di tipo terapeutico riabilitativo è in capo al sanitario, quella relazionale – educativa al sociale.

Bisogna aggiungere poi, che l'ADI viene svolta quasi interamente pressoché dappertutto mediante convenzioni e appalti con cooperative e organizzazioni del terzo settore, anche se ora esistono ancora nelle piccole realtà forme miste, ma ovunque con la prospettiva dell'appalto. L'esternalizzazione è l'orizzonte di riferimento.

Si tratta di interventi massicci, anche se differenziati secondo le specifiche aree, che riguardano fasce di disabili prevalentemente giovani con domande soddisfatte integralmente, o quasi. C'è da chiedersi tuttavia, in questa situazione se si tratti di domanda espressa o potenziale, nel senso che l'ADI svolta è quasi dappertutto mirata a fasce precise e specifiche porzioni della popolazione disabile, per espressa scelta strategica, magari dettata dalle necessità o dalla struttura delle opportunità esistenti:

“Quindi la disabilità minorile è quella cui vengono date più risorse. Mentre la condizione del disagio, che distinguo dal disturbo e dalla disabilità, è quella in cui dobbiamo più crescere, perché è meno ravvisabile e non abbiamo abbastanza personale. Ripeto, a mio avviso è una questione di mancanza di risorse e di personale” (CS1).

Quella specifica porzione, conseguentemente viene soddisfatta quasi per intero.

La testimonianza di un direttore è tanto sincera quanto espressione di impotenza cognitiva, prima ancora che gestionale:

“eh... bella domanda! Sono casi mirati, però... diciamo che: in termini di utenti esaminati, noi si dà risposta praticamente a tutti; la quantità di servizio che si dà al singolo utente probabilmente è inferiore a ciò che sarebbe ottimale. Abbiamo bisogno di piani un po' più intensivi e non ce lo possiamo permettere. Soprattutto per gli handicap molto gravi e i disturbi del comportamento ci vorrebbe una presenza molto maggiore a fianco della famiglia” (CS6).

In altri casi, si evidenziano le difficoltà e le contraddizioni della popolazione disabile da assistere mediante interventi domiciliari di tipo integrato sia riabilitativo sia terapeutico:

“abbiamo un buon servizio di riabilitazione, per i minori, su cui abbiamo fatto grandi investimenti e su cui i genitori sono molto... le associazioni sono molto forti, e ci richiedono interventi in piscina e altro. Per quanto riguarda il discorso domiciliare, viene fatto per lo più nel percorso nella disabilità post-acuta...il soggetto che ha l'ictus, la paresi. Anche perché una riabilitazione intensiva a livello domiciliare non è che si riesce a fare molto. Si riesce a contenere i disastri della postura a letto, ma non c'è un grande supporto dal punto di vista del recupero funzionale” (CS4).

In buona sostanza, se è vero che l'assistenza domiciliare per i disabili è una realtà consolidata in tutte le unità analizzate, è anche vero che l'omogeneità si arresta ad un risposta generica, quindi alla soglia primaria della soddisfazione dell'effetto atteso di sostegno alla domiciliarità. Quando si cerca di approfondire andando a vedere la tipologia della fascia di popolazione interessata o l'aspetto più specifico del tipo di assistenza, quando questa diviene qualitativa, sul piano terapeutico riabilitativo, o la risposta è isolata ad alcuni casi, o è limitata a specifiche fasce o demandata al sanitario *tout court*.

Infine, il questionario, a fianco dell'ADI integrata e di quella specializzata per la disabilità, prevedeva quale intervento finalizzato all'effetto atteso di sostegno alla domiciliarità, una precisa domanda inerente le barriere architettoniche e il loro abbattimento nel contesto di vita del disabile. Dalle risposte emerge che le unità analizzate in questo caso agiscono davvero quale braccio servente della regione, vale a dire che gli stanziamenti regionali attivati sono stati più che sufficienti a generare una politica di questo tipo, o più semplicemente che le politiche locali sono l'effetto degli stanziamenti regionali, più piccole integrazioni da parte dei comuni: si tratta per lo più di fondi sufficienti all'installazione di servoscale, ascensore, adeguamento dei bagni...

Gli intervistati poi sottolineano l'importanza di un recepimento dal basso della logica del finanziamento regionale, mettono in risalto lo sforzo locale, i progetti precedenti e l'importanza di una partnership con l'ente regionale che sia orientato a migliorare il più possibile la messa a punto di progetti che siano funzionali alle esigenze dei disabili e non solo formalmente coerenti con le disposizioni burocratiche regionali.

Questo vale sia per la regione, sia per i tecnici progettisti dei comuni: l'idea che l'abbattimento delle barriere e la progettazione debba essere funzionale nei tempi e nei modi proprio con le esigenze degli utenti e non solo legata a quelle delle strutture amministrative, come evidenziato dal curioso paradosso narrato da un intervistato:

“Una delle cose che volevamo fare come Società della Salute era... tutti i comuni hanno una gestione per quanto riguarda l'eliminazione delle barriere architettoniche... normalmente il comune mette un bando, rispondono i cittadini, e praticamente si fa una graduatoria. Quando nacque la Società della Salute una delle cose che avevamo in mente era di fare un unico bando come Società della Salute e di gestirlo noi a livello centrale. La Regione ci ha scritto e ci ha detto che non lo potevamo fare, perché non rientrava nelle prerogative della Società della Salute essendo una materia che è esclusa dal consorzio. Allora dissi: vuol dire che saremo il supporto tecnico ai vari comuni che ce lo chiederanno...Non lo so per quale motivo... si è fatta la delibera di giunta...ci scrisse la Regione che era un elemento di criticità. Noi volevamo fare... io posso avere tre cittadini che si trovano nel comune di [...], di 800 abitanti, cittadini gravissimi che potrebbero avere necessità di avere un supporto economico per mettere un ascensore... poi mi trovo 30 cittadini a [...] che stanno in condizioni più lievi. Avere una graduatoria unica avrebbe portato che indipendentemente dal comune dove stai... contava il maggior disagio dei cittadini. E questa cosa non è stata accettata” (CS4).

L'intervista sopra riportata coglie una situazione parossistica, ma l'idea che solo con il concerto di SdS, Regione e uffici tecnici l'effetto di riduzione delle barriere architettoniche è molto presente in tutte le interviste, sia laddove si coglie il problema con minor problematicità di quella sopra riportata, indicando che ovviamente le SdS o le ZD non possono che essere il mero elemento di raccordo tra Regione e uffici tecnici dei comuni, i quali sono il reale attore di questa politica, con tutto ciò che può discenderne, sia laddove si sottolinea che si è cercato di ovviare alle possibili contraddizioni riscontrabili proprio mediante lo strumento della gestione associata.

Sostegno alla famiglia dei disabili

L'effetto atteso C concerne prestazioni finalizzate al sostegno alla famiglia del disabile, sia mediante attività di informazione (anche finalizzata alla prevenzione) per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicata ai problemi della disabilità oppure mediante campagne educative rivolte agli interessati e alle loro famiglie, ma anche attraverso specifici servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili o per i *care giver*. Infine il sostegno alla famiglia può essere attivato proprio anche mediante l'attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA).

In questa specifica cornice deve essere inserito il progetto nazionale, sviluppato anche dalla Regione Toscana, noto come "Dopo di noi" che concerne l'accoglienza del disabile e la sua cura alla scomparsa della sua famiglia di origine.

Per quanto concerne l'attività di sostegno alle famiglie, le iniziative sono lasciate alla collaborazione con le associazioni, con particolare rilievo alla salute mentale, come testimoniato da questa intervista:

“Esiste un gruppo di mutuo aiuto. All'interno dei servizi educativi domiciliari rivolti a ragazzi con disagio e anche con handicap era stato messo su un gruppo di mutuo aiuto. Un gruppo di mutuo aiuto che ha dato poi origine alla costituzione di un'associazione, di un'associazione di tutela del disabile” (CS2).

Questa prevalenza dell'AMA sul versante della salute mentale viene attribuito da alcuni operatori all'azione persistente nel tempo da parte delle strutture sanitarie, da altri operatori invece viene ribadita la forza e la capacità organizzativa delle associazioni, specie quando si tratta di patologie molto note e con molti iscritti.

Rimane il fatto, tuttavia, che a livello sistematico, sotto forma di campagne informative e sostegni anche di *counselling* specificatamente dedicati alle famiglie non si registra alcuna iniziativa nelle otto unità analizzate, mentre un po' dappertutto si fa riferimento a due tipi di attività informativa: il ruolo dell'assistente sociale, da un lato, e quello delle associazioni, dall'altro.

La seconda modalità, poiché la prima altro non è che l'ordinaria attività di tipo zonale, viene

descritta in modo efficace dalla testimonianza di un operatore che riferisce del tipo di mobilitazione informative del caso più evoluto tra gli otto analizzati in questo campione, per quanto concerne le campagne informative:

“Noi abbiamo alcune associazioni sempre sul territorio che prevalentemente sono associazioni nate da situazioni di disabilità, quindi genitori di disabili che hanno fondato queste associazioni. Accanto a queste associazioni ci sono dei servizi di informazione e di consulenza per quello che riguarda tutti i percorsi relativi all’handicap, quindi noi abbiamo sia presso i nostri servizi è presente un assistente sociale, quindi nel momento in cui il disabile arriva ai servizi e quindi viene preso in carico dal servizio sociale, questo gli fornisce tutte le informazioni che sono necessarie per muoversi all’interno dei vari percorsi, quindi per ottenere gli ausili, per essere inserito nei progetti, quindi si individuano quei progetti individualizzati che lo indirizzano lungo le vie di servizio, diciamo, conformi alle esigenze della persona. In più, c’è questa collaborazione forte tra territorio ed alcune associazioni che forniscono anche loro questo genere di servizi evidentemente per i loro associati però anche in generale. Quindi se una persona viene mandata presso una di queste associazioni, qui il disabile è in grado di avere consulenze professionistiche” (CS7).

Il progetto “Dopo di noi”

Per quanto riguarda invece il progetto nazionale, quindi regionale, denominato *Dopo di noi* si vede che questo tipo di iniziativa è complessivamente avvertita in tutte le unità, anche se con capacità di mobilitazione e di organizzazione molto differenziate: da un lato ci sono le realtà grandi come le SdS Pisana e della Fiorentina nord-ovest che hanno già mobilitato risorse e predisposto strutture di accoglienza, anche con fondi privati per dare vita a esperienze residenziali decisamente importanti nel tessuto della Regione Toscana.

Dall'altra ci sono realtà che sono nate da poco (alta val d'Elsa) e altre che invece hanno realizzato iniziative circoscritte e devono potenziarle nella logica del progetto regionale (ad esempio la Val di Chiana aretina e Pistoiese) e altre invece dove se ne parla ma dove ancora non si è fatto niente (Grossetana, Alta val di Cecina, Mugello)

Soddisfazione del bisogno di alloggio assistito dei disabili

L'effetto atteso D riprende l'idea del *Dopo di noi* e presenta invece la casistica dei disabili che hanno bisogno di un alloggio assistito. Va detto che in alcune unità, come ad esempio la Pistoiese, i progetti vengono associati cognitivamente, così come nella Fiorentina nord ovest: l'idea di un'accoglienza residenziale per bisogni diversi, ma di lunga durata, con denominazioni variabile, *Dopo di noi* o altro.

Nelle sopra citate SdS, in effetti, l'idea di base è quella di creare strutture permanenti, in un paio di situazioni si converge verso strutture meno impegnative come centri diurni specializzati e dedicati, interamente volte all'accoglienza del disabile alla scomparsa dei genitori, quindi si può

affermare che gli effetti attesi tendono a convergere nella logica dell'accoglienza di lungo periodo in strutture protette.

Il caso della Fiorentina nord ovest, dove l'edificazione in convenzione con un'associazione, di una struttura dedicata, una delle più randi di questo tipo, è assolutamente indicativo di questa strategia.

Più specificatamente, tuttavia, il sostegno alla domiciliarità comprende, per i disabili, le medesime misure concepite per gli anziani, sia pure con le differenze del caso, che in qualche contesto, tuttavia, soprattutto a causa delle ridotte dimensioni, non fanno differenza: quel che c'è per gli uni può valere anche per gli altri.

Si tratta quindi di residenze sanitarie assistita (RSA), case di riposo, residenze protette e appartamenti assistiti. Nella fattispecie dei disabili soprattutto le ultime due, ma anche strutture residenziali del primo o del secondo tipo.

Per prima cosa, tuttavia, bisogna specificare che per i casi meno gravi le unità possono mettere a disposizione dei disabili appartamenti a canone agevolato nelle diverse forme che le assistenti sociali di zona ritengono opportune.

In tal modo, i disabili accedono all'alloggio pubblico come gli altri portatori di bisogno. In questo caso, in genere, tuttavia, come sottolineato, sono situazioni che

“[...] gestiscono i comuni, nella normalità. Poi dopo comunque i disabili hanno dei punteggi, sia per l'ISEE che per le case popolari. In base alla loro patologia hanno dei punteggi che permettono loro di accedere con facilità” (CS1).

Al di là di queste soluzioni, che comunque appartenevano già alla prassi dei comuni prima della costituzione delle SdS e che di fatto continuano a perpetuarsi in modo diversificato secondo le esigenze locali, la risposta al bisogno di alloggio assistito è sempre stata configurata sulla presenza di strutture residenziali e semi residenziali le quali, anch'esse, pre-esistono alle ZD e alle SdS, poiché si tratta sovente di strutture storiche, e hanno sempre fatto capo alle Asl o alle strutture ospedaliere di ricovero.

Quindi, strutture residenziali o semi residenziali sono sparse sul territorio, quasi sempre ricondotte ad una matrice sanitaria pre-esistente, associate a case di riposo o a RSA *et similia*.

Queste strutture possono essere differenziate per patologia, auto sufficienza e non auto sufficienza o tra minori ed adulti e, soprattutto, possono avere bacini di utenza allargata.

In buona sostanza, le unità attingono in convenzione ad un numero limitato di posti all'interno di strutture che si trovano fuori dal territorio, e viceversa, sempre con la compartecipazione alle rette, con il coinvolgimento diretto dei comuni interessati.

Ciò può permettere di non avere liste di attesa, così come non riuscire ad impedirle, perché si tratta comunque di una logica ad incastri reciproci che può dare, come no, degli esiti positivi,

secondo le disponibilità e le domande che si incontrano:

“Sì, c’è ancora una lista di attesa e quindi si ritorna al discorso dell’auto sufficienza che ha l’obiettivo di azzerare la lista d’attesa” (CS2).

Questa prospettiva valorizza in via generale risorse esistenti e strutture precedenti alla logica della SdS, non sempre permette di risolvere i problemi delle liste di attesa, poiché non è frutto di una logica pianificata ma di un’integrazione dell’esistente e forse anche per questo premia soprattutto strutture residenziali, specie RSA. Dalle interviste, a parte un paio di centri locali, le residenze protette e le case famiglia paiono minoritarie.

Comunque, rimane quanto detto in precedenza, ossia che non esiste una risposta differenziata, ma complessiva che tiene in conto della presenza di strutture di vario tipo e di servizi e cerca di integrarli e valorizzarli.

Il progetto “Dopo di noi” si pone in questa prospettiva, come sintetizzato da questa intervista:

“se parte il “dopo di noi”, siamo a posto; anche se lo ritengo un fenomeno in espansione, perché si allunga la lista dei disabili e la famiglia è sempre più sottile, magari prima ci poteva essere il disabile, ma aveva sempre i fratelli...” (CS8).

In conclusione siamo dinanzi ad una notevole mobilitazione di risorse e strutture che cercano di aggregare bisogni differenziati in risposte non necessariamente standard cercando di valorizzare i servizi esistenti, e facendo fronte a costi importanti, tanto che il coinvolgimento delle associazioni a tutela della disabilità ha proprio questa specifica funzione di finanziamento supplementare attraverso il *fund raising* possibile per queste.

Accesso ai servizi da parte dei disabili

L'effetto E concerne l'accesso ai servizi e assume nell'area disabili una peculiarità data dal tipo di prestazioni poste in essere storicamente per generarlo. Il questionario si è soffermato su due prestazioni in particolare: il trasporto scolastico e la riduzione delle barriere architettoniche in ambito pubblico (mentre quelle nella dimora sono state trattate con l'effetto atteso C).

Per questo secondo tipo di risposta si era anche chiesto se venivano mobilitate risorse ad hoc oltre quelle già stanziare dalla Regione per la riduzione delle barriere in ambito casalingo.

La risposta alla prima domanda è generalizzata: il trasporto disabili è una realtà consolidata, in gestione diretta o più frequentemente in convenzione o appalto a cooperative e associazioni, anche se si fa notare che la diffusione rispetto al trasporto degli anziani è più contenuta a causa della minor capacità associativa e di reti informali più circoscritte. Il trasporto disabili avviene sia per gruppi sia individualizzato, sia per la scuola, sia verso i centri diurni, sia verso le strutture sanitarie.

Diversamente, l'abbattimento delle barriere architettoniche in ambito pubblico e in particolare per l'accesso ai servizi sanitari, viene avvertita come un problema generalizzato e le interviste mostrano sensibilità, attenzione e capacità progettuale nell'individuare i fabbisogni e suggerire le soluzioni, non di rado con successo.

Tuttavia, l'atteggiamento che emerge in più interviste è di tipo interlocutorio, dal momento che la competenza specifica poi spetta ai comuni, per cui gli intervistati si riservano un ruolo di suggeritori, consulenti, supporti dei comuni medesimi e quindi sostanzialmente lamentano la difficoltà di poter poi dare atto alle aree di bisogno analizzate e alle soluzioni indicate.

Si lamenta, in particolare, la latitanza dei comuni, magari in certi casi apprezzando quando si stanziavano risorse aggiuntive, in altre limitandosi a mappare i disagi creati dalle barriere esistenti e la difficoltà di giungere ad una soluzione unitaria.

L'intervista seguente è uno dei più chiari esempi di insoddisfazione del proprio ruolo tra finanziatori e centri di spesa, senza poter incidere in modo pro-attivo:

“però riesco anche a capire che la Regione giustamente si è stufata di dare soldi su cose che già erano state fatte o che magari erano state presentate in passato... e quindi mi sembra legittima la posizione della Regione” (CS4).

Nella logica di miglioramento dell'accesso ai servizi dei disabili, le strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico tra i diversi soggetti organizzativi costituisce un valore aggiunto.

Ugualmente, l'idea di prevenzione del bisogno per l'accesso ai servizi attraverso il monitoraggio della disabilità di vario genere sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce al fine della presa in carico rappresentano frontiere di qualificazione del diritto all'assistenza in generale.

La risposta offerta nelle unità organizzative osservate mostra una situazione eterogenea: la percezione del problema viene segnalata e si sottolinea, nella gran parte dei casi, una forte attenzione al problema, ma un specifico progetto verso l'effetto atteso non si è visto.

Diciamo, in linea generale che l'idea della prevenzione è lasciata alla prassi: alla scuola, alla ASL, al pediatra di famiglia, ai servizi esistenti, alle commissioni di invalidità, alle associazioni ed alle famiglie medesime.

In buona sostanza, non si riscontra una strategia sistematica, ma si delega ai servizi esistenti il compito di risolvere il problema, quando non si delega il problema del tutto:

“ perché non appena si manifesta si presenta da sola” (CS3).

In generale, l'attenzione al problema è complessivamente alta, in un paio di casi si è fatto riferimento alla sensibilizzazione degli operatori sul campo, alla possibilità di fare aggio su istituti,

risorse e progetti, specialmente con le scuole, che permettono di porsi nelle condizioni di monitorare l'handicap, ma poi, alla prova dei fatti le esperienze sono isolate e molto legate alle storie personali di chi attivamente conduce sul territorio l'azione di supervisione.

Insomma, la varietà delle risposte ottenute mostra essenzialmente tre aspetti.

Il primo è che la percezione del problema è alta, ma profondamente diversificata, perché il problema è intrinsecamente complesso. Chi mette l'accento sull'assistenza psicologica alle famiglie, chi invece sottolinea l'esigenza della prevenzione scolastica, chi, infine, si concentra sulla salute mentale. Sembra che l'idea di monitoraggio sia talmente ampia che non è possibile riassumerla in poche parole.

Il secondo è che le risposte sono diversificate e fanno aggio sull'esistente: strutture, risorse e competenze. Un monitoraggio come strategia di conseguimento dell'effetto atteso non si rileva.

Terzo aspetto, da parte di alcune unità amministrative si prospetta la possibilità di costituire progetti integrati che vanno in questa direzione, ma si tratta per lo più di scenari realizzabili con una logica di integrazione maggiore e con risorse specificamente dedicate a questo scopo, al di là della mera logica sanitaria della diagnosi precoce.

Prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza per i disabili

L'effetto F affronta il tema della prevenzione dell'emergenza per i disabili, con particolare attenzione al tema dell'emarginazione. Il questionario prendeva specificatamente in esame il tema della supervisione e del controllo dello stato di abbandono di disabili, da un lato, e dall'altro, dei servizi di arginamento dell'emarginazione dei disabili attraverso l'assistenza ai disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali (ad esempio vitto, alloggio, vestiario).

In alcuni casi, soprattutto in quelli più grandi come bacino di utenza, si risponde che l'emergenza dei disabili viene monitorata e prevenuta con le medesime risorse e le stesse strategie di prevenzione poste in essere per gli anziani, quindi facendo leva su FNA o sul servizio sociale territoriale, ma senza progetti e personale apposito.

Invece, nelle realtà periferiche si sottolinea la difficoltà di superare l'omertà e il silenzio delle famiglie, soprattutto per il disagio psichico: una rete di emergenza vera e propria non si è mai vista, e si interviene *ad personam* quando viene segnalato un caso problematico.

Fuoriesce da questa tipologia il sistema di case di accoglienza predisposto all'interno della SdS Fiorentina Nord Ovest mediante una risposta strutturata costituita attraverso il volontariato e organizzazioni non profit. Il caso citato è radicalmente differente dagli altri sette, poiché la capacità di accoglienza e l'organizzazione degli interventi attraverso il coordinamento delle strutture pubbliche e private è tale da configurare una risposta strategicamente preordinata a raggiungere l'effetto atteso.

Riduzione delle condizioni di svantaggio economico

L'effetto G, infine, tratta per la disabilità il medesimo problema sviluppato nell'ambito degli anziani, con particolare riferimento ad un eventuale sistema di aiuto finanziario versato direttamente o indirettamente al disabile e alla sua famiglia sotto forma di *voucher* o di buoni di diverso tipo, compreso i sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative; la somministrazione del minimo vitale, i cosiddetti prestiti d'onore oppure altri sussidi e agevolazioni. Anche per i disabili vale ciò che è stato chiesto per gli anziani, ovvero se la SdS o la ZD pongono requisiti per l'accesso a questi contributi o liste d'attesa. L'elemento principale che emerge dalle interviste è la profonda differenza che intercorre tra gli otto casi analizzati, distinguendo tra SdS o ZD che abitualmente concorrono a questo problema attraverso alcuni degli strumenti sopra esposti, altre che vorrebbero ma non hanno le risorse necessarie e altre ancora che non sono entrate in questo orizzonte. Rientra nella prima categoria la SdS della Fiorentina Nord Ovest, dove a parte il voucher, che non viene erogato, esistono contributi di varia natura e forme di sostegno finanziario:

“la convenzione con le farmacie, per esempio, che invece di dargli un buono di cento euro, gli veniva dato un buono ticket o un buono servizi farmaceutici. Oppure siccome tutti i nostri comuni sono convenzionati per quanto riguarda le mense e allora questo servizio di mensa è esteso anche a quelle situazioni in cui c'è un disagio per cui gli viene fornito il pasto. Oppure in alcuni casi abbiamo fornito dei ticket restaurant perché magari c'erano situazioni che con questo tipo di intervento avrebbero potuto migliorare” (CS7).

Altrimenti, vi è il consolidato ricorso agli strumenti “canonici”, come il minimo vitale o gli assegni di sussistenza, ossia senza ricorrere a modalità innovative, come visto sopra per la SdS Fiorentina Nord Ovest, o a mobilitazioni finanziarie importanti, come segnalato dalla ZD Pistoiese, dalla Val di Chiana aretina e dalla Alta Val di Cecina, dove si formula un regolamento di accesso analogo a quello delle altre aree di disagio con soglie ISEE più alte, oppure estendendo ai disabili i medesimi criteri applicate alle altre aree (Grossetana).

Questi elementi fanno capire che da un lato la risposta finanziaria esiste in modo complessivamente omogeneo per tutte le unità analizzate, anche se la disposizione di procedere alla somministrazione di contributi specifici ad hoc per i disabili e le loro famiglie al fine di ridurre le condizioni di svantaggio economico sono limitate e circoscritte ad alcuni progetti risalenti a contesti che hanno intrapreso questa strada. Invece, nella maggioranza dei casi, la disabilità viene trattata come l'area anziani e ricondotta nelle categoria del FNA, magari con innalzamento delle soglie di accesso, ma comunque all'interno della canonica forma di contribuzione. L'idea di somministrare *voucher* è complessivamente marginale e nella norma si preferisce ricorrere ai tradizionali strumenti in dotazione al servizio sociale territoriale²⁵.

²⁵ Vedi in proposito anche la sezione sui voucher trattata per l'area anziani.

7.6 L'area famiglia e minori

L'area famiglie e minori si concentra su di un nucleo per così dire “storico”, cioè consolidato, di effetti attesi, presenti già a livello embrionale nelle politiche sociali da diversi decenni: integrazione sociale (A), riduzione delle condizioni di svantaggio economico (C), prevenzione dei rischi e gestione situazioni di emergenza (F), riduzione delle condizioni di svantaggio economico per la famiglia (G).

Questo circoscritto campo di effetti attesi è quindi coerente con il fatto che la famiglia e i minori sono un'area che beneficia di interventi mirati, anche se assolutamente diversificati al proprio interno, tale da identificarsi in numero molto ampio di prestazioni. Rispetto alle aree degli anziani e ai disabili, si vede che già dal PISR e dai PIS emerge un numero minore di effetti attesi attraverso i quali ci si propone di garantire il diritto all'assistenza sociale.

Ciò è presumibilmente conseguenza del fatto che le prestazioni, dunque i diritti all'assistenza sociale, di famiglie e minori sono più “antichi” nel tempo ed hanno alle spalle una legislazione che li definisce e che li ha tramandati ad oggi. Effetti attesi, quindi diritti all'assistenza sociale e, soprattutto, tipi di prestazioni impiegati per anziani e disabili sono più recenti e si percepisce uno slancio innovativo nel cercare di rispondere ai bisogni andando incontro alla loro evoluzione. Diritti, bisogni e prestazioni posti in essere per famiglie e minori invece paiono complessivamente più “standard” e prodotto di una tendenza che li ha generati e li ha resi tali.

Integrazione sociale di famiglie e minori

L'effetto A, dedicato all'integrazione sociale è, per certi versi, uno dei più “classici” effetti attesi delle politiche sociali, e trova ampia cittadinanza sia nel PISR sia nei singoli PIS. Il questionario si è occupato del fenomeno sviluppandosi su tre sub ambiti: l'assistenza alla prima infanzia, l'educazione psico relazionale extra scolastica e l'assistenza domiciliare.

Per quanto concerne la prima delle tre, l'assistenza alla prima infanzia, il questionario si concentrava su tre punti ritenuti centrali: i) se ci fossero servizi educativi per la prima infanzia 0-2 anni (asili nido, nidi famiglia, micro-nidi); ii) analoghi servizi educativi integrativi per la prima infanzia (quali centri diurni, ludoteche, etc.) e, iii) quali fossero i requisiti per l'accesso, ergo se la domanda fosse interamente soddisfatta e in quali forme (pubbliche o in convenzione) gestito il servizio.

Dinanzi a questo stimolo, è opportuno rilevare che nel complesso l'assistenza alla prima infanzia non costituisce una leva di risposta al bisogno che viene perseguita dalle SdS e dalle ZD. Si tratta di servizi consolidati e istituzionalizzati complessivamente in capo ai comuni. Questo vale anche per i micro nidi *et similia*. Laddove opera consolidatamente la comunità montana (CS2),

invece, è quest'ultima che si fa carico di servizi di questo genere. In generale, a parte alcune eccezioni i nidi sono essi stessi comunali, anche se, in qualche caso, se ne rivendica la titolarità o almeno il coordinamento in quanto servizi per la famiglia.

Questa accezione del nido o del micro nido, tuttavia, emerge solo in due casi, quelli con formule cosiddette atipiche, zone distrette sotto forma di fondazione e di consorzio. Nel caso della fondazione si rivendica il ruolo al coordinamento, nel caso del consorzio invece i nidi sono una realtà di fatto laddove i comuni hanno deciso di affidare loro questo servizio esternalizzandolo. Insomma, queste due eccezioni sono tali perché espressione dei comuni medesimi a conferma di quanto detto sopra. Se probabilmente fossero più autonome dai comuni non avrebbero in gestione tale servizio.

In entrambe, tuttavia, il rapporto coi comuni è strettissimo e, di conseguenza, discende da questo legame la volontà di sostituirvisi. Negli altri casi intervistati, invece, i comuni sono visti come realtà lontane e i nidi, di conseguenza, interpretati come un territorio dichiaratamente comunale. E' così che requisiti di accesso e gestione anche degli aspetti educativi vengono serenamente lasciati ai comuni, essendo la SdS e/o la ZD, per medesima ammissione degli intervistati, un territorio più prossimo al bisogno sociale o al sanitario.

Per ammissione di tutti gli intervistati, tuttavia, i nidi non soddisfano la domanda e sono comunque in sofferenza rispetto alla capacità di generare l'effetto atteso di essere sostegno di integrazione sociale della famiglia.

E' diverso, invece, il discorso educativo psico relazionale, sia perché i servizi forniti sono pressoché ovunque e la mobilitazione di risorse e di progetti è uniforme e diffusa su tutte le otto aree analizzate. Ludoteche e centri diurni per lo svolgimento assistito dei compiti pomeridiani con educatori professionali esistono anche nei centri più piccoli, e sono specificatamente rivolti ai giovani con disagio: sono servizi quindi dal profilo tipicamente sociale e non educativo.

Il profilo educativo viene perseguito generalmente dalle ludoteche, così come diffuse praticamente ovunque sono le attività estive di tipo educativo che hanno una funzione di supplenza rispetto alle scuole.

La rassegna che gli intervistatori hanno dato dei differenti tipi di centri diurni dal profilo più sociale od educativo, unitamente alla logica dei campi estivi ed all'assistenza ai minori nelle differenti fasce di età, consegna una realtà di interventi di risposta al bisogno di integrazione dei minori assolutamente consolidata.

Difficile riportare i numeri di utenti o di centri che svolgono queste prestazioni, perché la tipologia varia moltissimo (la denominazione e il profilo di servizio è deciso quasi volta per volta tra l'interamente sociale e l'interamente educativo, ma la finalità è pressoché la medesima), e rende incomparabili le esperienze, ma il dato omogeneo è la radicata presenza di strutture come queste, le

quali, praticamente a detta di tutti, appartengono al vissuto della comunità e si sono istituzionalizzate nell'immaginario collettivo.

Il dato è quindi così generale da presentare pochi elementi di varianza, mentre nettamente più variabile è il dato relativo alle forme di gestione ed ai criteri di accesso. Sotto questo secondo profilo si vede che decisamente ci sono delle variazioni significative.

In sei delle otto unità analizzate emerge un elemento centrale, ossia che questo tipo di servizi è solidatamente in capo ai comuni. Anzi, è opinione condivisa che questo tipo di servizi nasce nei comuni e viene storicamente gestito da questi, cosicché il profilo educativo e la gestione è ormai senza dubbio appannaggio di questi. Come sottolinea un intervistato non senza un pizzico di rammarico:

“i comuni storicamente hanno la gestione diretta dei servizi, cosa che non ha eguali in Italia, penso, come statistiche, qui c'è una gestione diretta di residenze sanitarie assistenziali che io penso che nessun comune abbia mai gestito direttamente... qualcun'altro in Toscana... fuori dalla Toscana penso che sia una cosa ormai tramontata... e invece qui devo dire che c'è un uso... poi gestendo con la fondazione, è già una via di mezzo. Per decidere di appaltarne una c'è stata una mezza rivoluzione popolare, cioè su quattro ne abbiamo data una in appalto c'è stata una rivoluzione popolare diciamo, perché c'è proprio una forte identificazione con la gestione diretta” (CS6).

In un'altra intervista, inoltre, si sottolinea come la tendenza progressiva è quella di rafforzare l'internalizzazione, a fronte di qualche convenzione con cooperative e organizzazioni del non profit (CS4), le quali ovviamente sono comunque presenti, anche sembra comunque in un ruolo complementare. Va detto che questo rapporto di forza tra pubblico e privato sociale sembra più nettamente a vantaggio del primo proprio nelle realtà minori.

Nei grandi centri, il ruolo delle convenzioni, anche se comunque complementare, pare più importante forse perché i volumi della domanda sono tali da generare costi molto alti, a tal punto che il ruolo complementare del terzo settore diviene così indispensabile da conferirgli anche una forza contrattuale maggiore.

Tuttavia, la centralità dei comuni nella gestione dei servizi educativi è indiscussa, vuoi perché come sottolineano gli intervistati si tratta comunque di un tipo di servizio con un forte ritorno di immagine per gli amministratori, un contatto diretto con le famiglie e, per questa natura, preferiscono considerarlo un servizio squisitamente educativo lasciando alle SdS e d il sociale *tout court*, ossia il disagio, che ha meno visibilità in termini di consenso politico, vuoi perché le SdS e le ZD hanno una connotazione di significato che è propriamente socio sanitaria e per questa ragione indipendente dall'educativo. Diverso è invece il caso delle unità di natura non strettamente socio sanitaria: la Fondazione territori sociali e il CO&SO.

Queste due sono complementari ai comuni, ricevono una delega che nel primo caso è

rigidamente legata al profilo sociale dell'attività e nel secondo, invece, spazia su più ambiti, in modo strumentale:

“per alcuni comuni oltre al socio-assistenziale ci hanno detto “svolgete anche questa funzione”, e invece c’è chi ci ha dato tutto. Tre comuni tutto ciò che fanno lo fanno di gestione associata, altri ci hanno detto di gestire dal nido, le attività educative extrascolastiche, le attività per l’adolescenza, metodi di sostegno ai giovani, attività di lettura, etc. Per alcuni facciamo tutto, per altri facciamo qualche cosina, per altri non facciamo niente, ci sono dei posti in cui facciamo poco. Sono tutte gestite da noi, ma solo su domanda del comune. I comuni ci utilizzano come strumentario...c’è un comune a cui curiamo i giardini delle scuole, giardini didattici che abbiamo aiutato a costruire (ci sono i giardini delle scuole materne dove ci sono le farfalle, l’orto biologico), tutto ciò che nel nostro statuto è scritto nelle politiche sociali allargate.!! (CS3).

Infine c’è il caso del Mugello dove la gestione di tutti i servizi è associata e quindi delegata storicamente alla comunità montana e delegata a questa. Insomma, esistono una sorta di due livelli: uno di monopolio del servizio da parte dei singoli comuni e uno di secondo livello, che vede la comunità montana in prima fila oppure mediante deleghe a strutture di secondo livello dei comuni proprio come la fondazione o il consorzio.

Certamente, però, tutto questo si riverbera sull'accesso ai servizi che cambia molto sia da comune a comune, sia tra la logica internalizzata e la logica delegata. Difficile su questo aspetto è tracciare tendenze generali, più utile in questo caso è invece riepilogare gli elementi raccolti.

Ad esempio, (i) mentre nel caso della Val di Chiana aretina le utenze vengono selezionate ed indicate direttamente dal comune, (ii) l’accesso al servizio educativo nella SdS del Mugello è determinata attraverso l’ISEE, e il contributo naturalmente può essere a totale copertura della retta, (iii) nella Pisana e nella Fiorentina Nord Ovest è un regolamento condiviso che determina criteri ed accessi, (iv) nel caso della Grossetana l'accesso al servizio è interamente determinato dal CO&SO, mentre ciò che varia è il costo della compartecipazione secondo la delega del singolo comune cosicché il costo varia e la tariffa scaricata sull'utente rimane fissa al 3%, (v) nell'Alta val di Cecina si adotta l'ISEE, ma determinato dai comuni con contributi di finanziamento anch'essi decisi dai comuni, (vi) nell'Alta val d'Elsa sono ancora i comuni a stabilire e così nella Pistoiese.

Bisogna dire che, in alcuni casi specifici in modo preciso, in altri in modo più allusivo, ma complessivamente ugualmente dappertutto, si constata la presenza di liste di attesa e la incapacità di soddisfare la domanda e il bisogno espresso, perché quello potenziale non viene monitorato. Questo problema, pur generale e quindi rassegnatamente condiviso, rimane insoluto.

Il terzo ambito di analisi concerne l'ADI per famiglie. Anche in questo caso si tratta di un ambito di servizio acquisito dal punto di vista dei principi, ma difficile sul piano della sua realizzabilità. Portiamo tre diversi casi: ad esempio, si ammette di non riuscire a fare fronte all'ADI anche per famiglie, proprio per scarsità di risorse, preferendosi concentrare su anziani e disabili

(CS4), oppure si attiva soltanto *on demand* per casi segnalati dai servizi sociali, cosa che ha portato ad esempio a non attivare nemmeno un'ADI per il 2005; in altri invece, sempre per scarsità di risorse, si distingue tra tipo di disagio e tipo di risposta:

“ solo assistenza con minori o sostegno educativo domiciliare. C'è un monitoraggio con la famiglia soprattutto per i casi segnalati dal tribunale oppure il bambino viene portato in ludoteca per allontanarlo dalla famiglia” (CS1).

In generale, si sottolinea il profilo educativo genitoriale del ruolo dell'assistenza domiciliare e si sottolinea ugualmente che il bisogno è pesantemente in crescita, così come che gli interventi non sono sufficienti a fronteggiare il bisogno.

La gestione dell'assistenza domiciliare è prevalentemente mista, sempre più in appalto al privato sociale e comunque con una forte presenza delle convenzioni e delle esternalizzazioni. Insomma, avviene in questo ambito esattamente il contrario di quanto avevamo rilevato per l'area dell'assistenza educativa e dei centri diurni, poiché la tendenza ad esternalizzare è progressiva in modo analogo a quanto riscontrato per anziani e disabili: è fatto acquisito che l'ADI diviene quasi culturalmente un compito del terzo settore.

Sostegno alle famiglie

L'effetto atteso C (sostegno alla famiglia) si concentra su due prestazioni circoscritte: il trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo e la presenza di consultori familiari (*counselling*, assistenza psicologica, mediazione familiare). Le risposte a questa domanda sono disomogenee secondo le singole interviste coerentemente con una presenza a macchia di leopardo per entrambe le prestazioni. Il trasporto scolastico è solo talvolta in carico alle SdS o alle ZD, mentre rimane una “vecchia” competenza dei comuni e quindi a margine delle prestazioni delle medesime. E' un fatto consolidato, soprattutto nelle aree periferiche (non c'è ad esempio nella Fiorentina nord ovest che copre un'area urbanizzata di comuni limitrofi a Firenze di oltre centomila abitanti).

Vale per questo il discorso fatto al punto precedente a proposito dei servizi educativi e dei nidi: laddove esiste, soprattutto nelle piccole realtà, questo cerca di andare incontro alle famiglie secondo una precisa volontà politica dei comuni.

Più interessante, invece, il dato sui consultori familiari. A parte la SdS Pisana, dove a fianco del consultorio familiare si dà il caso di consultori espressamente previsti nei PIS per i giovani e i problemi connessi con la fascia adolescenziale, l'idea di sostegno alla famiglia mediante i consultori presenta elementi di contraddittorietà.

Da un lato, infatti, il consultorio viene ancora concepito come uno strumento di prevenzione sanitaria o, meglio, un'emanazione delle Asl, dall'altro invece si pensa al consultorio come luogo di approfondimento psico-relazionale o di mediazione familiare.

Al primo esempio appartengono tre casi (CS1, CS3, CS5) al secondo cinque casi (CS2, CS4, CS6, CS7, CS8). Mentre nei primi casi si tratta sostanzialmente dei consultori sanitari, magari potenziati e aggiornati, nel secondo caso, invece, si tratta di una precisa volontà di superare i vecchi consultori e di andare incontro a soluzioni differenti ed originali che hanno nella mediazione familiare la propria ragion d'essere.

Ad esempio, nel CS6 si è appena inaugurato un vero e proprio *Centro famiglia* che integra diverse funzioni orientate alla mediazione familiare nel suo complesso e cerca di integrare prestazioni diverse, così come l'idea di un *Centro ascolto* ad ampio spettro è quello che è stato fatto CS4. Nel CS7 si spiega che ci sono stati passaggi progressivi per via dei quali pian piano i comuni ritirarono dalla Asl le loro deleghe sui consultori e iniziarono a costruire servizi alternativi che sono arrivati alle definizioni attuali.

Nel caso del CS6 si è guardato al Centro famiglie come punto di orgoglio innovativo della Fondazione e strumento di integrazione delle politiche sociali dei comuni in un unico sportello che mette insieme prestazioni diverse di mediazione familiare, ascolto e *counselling* che va al di là di tradizionali prestazioni e affronta affidi, adozioni e altro. Il CS4 insiste e sviluppa ancor più il tratto psico-relazionale della mediazione familiare. Infine, nel caso del CS2, a differenza dei tre sopracitati, il superamento del consultorio tradizionale avviene mediante il coinvolgimento diretto delle associazioni e la costruzioni di reti di sostegno che fanno affidamento a specifici progetti e quindi a relativi finanziamenti.

Prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza di famiglie e minori

L'effetto atteso F si concentra anche per l'area famiglie e minori, così come accaduto per l'area anziani e disabili, sulla prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza. Il questionario sviluppa questo effetto atteso nella ricognizione di alcune consolidate prestazioni che vanno in questa direzione: a) l'assistenza a donne e minori soggetti ad abuso, a gestanti e madri sole in difficoltà mediante *counselling*, psicoterapia, interventi come il telefono amico fino alla segnalazione all'autorità giudiziaria; b) la gestione o il finanziamento di comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità; c) l'assistenza ai minori in difficoltà attraverso la costituzione di case famiglia per l'accoglienza temporanea; d) l'assistenza primaria per l'emergenza economica della famiglia in stato di abbandono mediante interventi materiali sul vitto, sull'alloggio, e sul vestiario.

Donne e minori soggetti ad abuso

Iniziando dal punto a), l'assistenza a donne e minori soggetti ad abuso è in parte iscritta nella legislazione delle politiche sociali, non solo regionali, e si sviluppa sul territorio regionale con

alcune importanti differenziazioni. Dobbiamo dire che il problema è oggetto di attenzione praticamente dappertutto, ma diverso è il modo attraverso il quale si cerca di rispondervi e coerentemente differenti sono le risorse e le strutture messe in campo: in ogni realtà si cerca di darvi risposta secondo le strutture a disposizione (provinciali per lo più, secondo i programmi di pari opportunità disposti dalle province) e i bisogni incontrati.

Da una parte, allora ci si appoggia al Punto donna del capoluogo di provincia (CS1), ad esempio, dall'altra invece si interviene con progetti mirati agli abusi sulle donne immigrate (CS2, CS8), in altri casi (CS3 e CS4) si predispongono autonomamente case protette e residenze rifugio, in altri a fianco di residenze protette si agisce mediante il servizio sociale distrettuale che si trova a contatto diretto con la casistica e anche gli operatori del consultorio nel momento in cui si trovano a riconoscere un problema di questo tipo, in raccordo sempre con le province (CS5), la definizione di centri specializzati agganciati ai centri per la mediazione familiare (CS6) o in rete con associazioni (CS8).

Le forme sono differenti, la sostanza invece sembra abbastanza invariata e sfocia nella maggior parte dei casi nella predisposizione di case rifugio o residenze protette, solo che sono gestite in modo diverso, anche con il coinvolgimento delle associazioni e l'intervento delle province. Il tipo e la forma che viene adottata poi pare dipende in parte dalla tipologia del bisogno, da un alto, e dall'altra, dalla provincia e dai suoi interventi.

Comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità

Il punto b) concerne la gestione o il finanziamento di comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità. In questo secondo caso, la risposta è più disomogenea. In linea di massima l'idea di residenze protette e assegni o sostegni finanziari per questo tipo di bisogno volto all'effetto atteso di sostegno alla famiglia esiste anche grazie a finanziamenti specifici della Regione Toscana e comunque con il coinvolgimento diretto dei comuni, i quali intervengono nell'emergenza, soprattutto per le famiglie straniere.

Case famiglia per l'accoglienza temporanea di minori in difficoltà

Il punto c) invece riguarda i minori e qui si deve sottolineare che le risposte sono complessivamente affermative, mostrando una mobilitazione al problema dell'accoglienza di minori in difficoltà, perché si tratta di un obbligo di Legge. In tal caso, è il servizio sociale di zona che si attiva e fa aggio su strutture di accoglienza che possono essere sul territorio oppure insistere su territori diversi.

Quindi, al di là dell'obbligatorietà, l'idea di sostegno alla famiglia mediante l'assistenza ai minori in difficoltà attraverso la costituzione di case famiglia per l'accoglienza temporanea è un tipo

di prestazione che va al di là dello specifico obbligo di legge.

Vediamo dunque che in alcuni casi si agisce soprattutto attraverso la rete degli affidi coordinandoli direttamente dalla ZD, magari facendosi aiutare dall'associazionismo, ma in un ruolo distintamente complementare (CS8), oppure gestendo direttamente o in convenzione case protette sparse sul territorio, anche per progetti del tipo “mamma segreta” (CS6 e CS7), oppure appoggiandosi a strutture esistenti (case famiglia e istituti) anche al di fuori del proprio territorio (CS4, CS5) o nel proprio territorio (CS3), oppure facendo affidamento a case famiglia private o del privato sociale, ovvero in convenzione (CS2).

Insomma, anche in questo caso, a seguito quasi sempre della procedura formale di allontanamento del minore dal nucleo, e quindi con l'intervento del giudice e dell'assistente sociale, si attiva canali diversi che rispondono a sensibilità e progettualità differenti, oltre che ovviamente a diverse risorse presenti sul territorio. Al di là di una capacità di risposta diffusa e indubbia, la percezione del problema e la capacità organizzativa è piuttosto disomogenea.

Interventi materiali sul vitto, sull'alloggio, e sul vestiario per famiglie in stato di abbandono

Infine, il punto d) concerne l'assistenza economica a famiglie finanziariamente in difficoltà o complessivamente in stato di indigenza secondo quanto definito dal piano regionale con l'etichetta di pronto sociale. Vale per questo punto quanto detto ai precedenti punti di questo argomento: tendenzialmente la sensibilità è diffusa, ma la capacità organizzativa di rispondervi è disomogenea. Ci sono realtà che non sono riuscite ad attivarsi, altre che l'hanno messa in programma per il PIS del 2010, altre che si attivano da tempo ormai in modo emergenziale, anche mediante la somministrazione di buoni spesa o azioni di contenimento della povertà e assegni a madri e gestanti a sostegno della natalità, anche se quest'ultimo in modo differenziato, non presente ovunque. Invece, si ribadisce che i comuni autonomamente provvedono solitamente all'abbattimento di rette e utenze, oppure al sovvenzionamento di mense, oppure fornendo vitto, alloggio o vestiario emergenziale.

A parte l'assegno di natalità, sostenuto da progetti governativi, fondi regionali e altro, tutti gli altri interventi sono lasciati molto alla capacità di risposta emergenziale ed autonoma da parte della singola unità amministrativa, magari di concerto con la Caritas, anche se non in modo diffuso e omogeneo su tutto il territorio analizzato.

Riduzione delle condizioni di svantaggio economico di famiglie e minori

L'effetto atteso G chiude l'intervista sull'area famiglie e minori con un argomento prossimo a questo ultimo analizzato riguardante la riduzione delle condizioni di svantaggio economico, sia mediante provvedimenti a favore della natalità, come sopra descritto, sia mediante l'assegnazione di sussidi, assegni straordinari, *voucher* o quant'altro, analogamente a quanto avvenuto nel campo degli

anziani e dei disabili, sia volto al sostenimento finanziario del nucleo familiare.

Su questo fronte si riscontra la massima disomogeneità, anche perché nelle interviste si dà abbastanza per scontato che sul fronte economico dell'emergenza i comuni da soli già provvedono perché dotati di margini di discrezionalità maggiore e capaci di intervenire su richieste specifiche dacché rappresentano il principale front office di problemi di questo genere.

Strumenti quali assegni di maternità, o assegni a famiglie numerose, o sussidi speciali, unitamente a voucher o esoneri da rete, tributi e tariffe sono quindi tutti leve di aiuto che appartengono ad un bacino consolidato dei servizi sociali, rientrano solo marginalmente nella programmazione zonale dei PIS e quindi godono di minor attenzione strategica, ma non per questo minor attenzione sostanziale.

Quindi se da un lato bisogna sottolineare una scarsa capacità progettuale ed organizzativa su questo versante, che prosegue nel corso degli interventi già noti e storicamente dati e quindi in mano ai comuni, è pur vero che sul piano sostanziale gli interventi ci sono.

7.6 L'area immigrazione

Gli effetti attesi dell'area immigrazione, secondo l'impostazione della ricerca, concernono principalmente tipi di impatti coerenti con il disagio riscontrato. Tuttavia, a differenza delle altre tre aree che presentano profili di bisogno tutto sommato abbastanza omogenei, l'area immigrazione si differenzia moltissimo già a partire da quest'ultimo proprio perché la tipologia del problema varia sensibilmente sul territorio regionale.

Accade così, infatti, che il bisogno sia rilevato nelle singole unità amministrative in modo sensibilmente differente. In alcune unità amministrative della Toscana (CS1 ad esempio, oppure CS3 così come CS4) i flussi migratori sono contenuti, e percepiti come relativamente problematici, in altre l'immigrazione straniera si mantiene costante nel tempo, o addirittura è vista decrescere al contrario dell'immigrazione italiana dalle regioni del Mezzogiorno (CS6), che invece è in ripresa, in altre unità amministrative invece si percepisce un aumento dell'immigrazione extra comunitaria (CS2) e poi le zone urbane analizzate per CS4 e CS7 dove il bisogno è decisamente alto.

Dinanzi ad una domanda così differenziata è evidente che le strategie di risposta variano assai. Se, quindi, in linea teorica gli effetti attesi rilevabili dovrebbero essere omogeneamente A, C, E, F e G poi all'atto pratico è possibile che nei fatti emergano anche altri effetti non previsti e che invece questo quartetto iniziale non si manifesti in modo sistematico ed omogeneo.

Integrazione sociale degli immigrati

Il primo effetto atteso per l'area immigrazione è l'integrazione sociale. Agli intervistati è stato chiesto, in questo caso, di rispondere sulla presenza di servizi concernenti l'apprendimento della lingua italiana, nelle diverse forme, anche per il personale in servizio presso le strutture pubbliche o private, e, in particolare, per i minori nel loro contesto scolastico.

Nei singoli casi esaminati l'attivazione di corsi di lingua per stranieri è un dato di fatto omogeneo acquisito in tutte e otto le aree, in certi casi anche da molto tempo, un servizio consolidato. Per lo più si tratta di corsi per l'apprendimento della lingua, talvolta in forma strutturata e continuativa, svolti sia con risorse interne, sia con risorse esterne, mentre in altri casi in forma più episodica e di carattere emergenziale, soprattutto per tamponare una situazione creatasi. In questo secondo caso i corsi sono per lo più frutto di una collaborazione tra la SdS o ZD e i comuni dell'area, quando no addirittura la Provincia stessa, come nel caso del CS5.

I corsi messi a punto dalla struttura rispondono ad una logica di lungo periodo (Cs4 e CS7), mentre negli altri casi questi sono il frutto di un lavoro di rete tra unità sanitaria, servizi sociali, comuni e associazionismo.

In buona sostanza, l'insegnamento della lingua italiana non è solo una forma di mediazione

culturale, ma una risposta standardizzata ad un bisogno di integrazione. La mediazione culturale rappresenta un tipo di prestazione che comporta una maggiore strategia a monte ed è quindi frutto di precise scelte orientate soprattutto ai minori, quindi alle scuole.

In un caso, ad esempio, si è deliberato di non farla, come nel caso del CS8, laddove si è ritenuto concentrare il servizio di mediazione culturale sulle famiglie e non sulle scuole, demandando intenzionalmente alle scuole medesime il compito di mediazione linguistica.

Negli altri casi, tuttavia, la mediazione linguistica scolastica è una scelta che accomuna la gran parte delle altre unità intervistate sia mediante interventi sistematici, come ad esempio laboratori linguistici dedicati agganciati agli istituti scolastici, come nel caso del CS2, sia attraverso corsi per il personale (CS4, CS5 e CS7), sia per insegnanti o interventi *ad personam* congiunti tra servizi sociali, associazioni (Caritas) e istituti scolastici (CS1).

Sostegno alla famiglia di immigrati

L'effetto atteso C, sostegno alla famiglia, è stato definito operativamente nel questionario, come si ricorderà, mediante una domanda esplicitamente dedicata alla ricerca dell'abitazione, quindi orientata al problema dell'integrazione della famiglia immigrata nel nuovo contesto, e una verso le responsabilità familiari, ossia verso la prevenzione del disagio nella famiglia.

La prima domanda concerne un effetto atteso al quale si risponde mediante prestazioni di mediazione sociale per il reperimento di un alloggio (mercato della casa).

Si tratta di un servizio che vuole prevenire la marginalità della famiglia o del singolo immigrato mediante una prestazione di sostegno e di relazione che consiste in una mediazione coi proprietari per presentare un locatario che difficilmente potrebbe accedere al libero mercato, a causa di barriere di vario genere facilmente immaginabili.

In questo caso si vede con chiarezza che l'effetto atteso o non è perseguito omogeneamente in tutte le are o singolarmente si concepisce l'effetto e lo si persegue mediante strumenti differenziati.

Vi sono così casi nei quali il problema è avvertito e si sono istituzionalizzati strumenti per conseguire esattamente l'effetto indicato in questa ricerca, come il caso della Fiorentina Nord Ovest con il progetto Sinapsi o il caso di cui riportiamo questa testimonianza:

“Abbiamo avuto i finanziamenti dal ministero per il progetto “Abitare il mondo” che è rivolto solo ad extracomunitari. È un finanziamento ulteriore più o meno per le tipologie dell’Agenzia casa: intermediazione, prestiti, mese d’affitto, ma anche contributi a fondo perduto per gli sfratti” (CS2).

In altri casi oltre ad uno sportello esplicitamente dedicato a questo, si sono messi a punto trasferimenti finanziari per facilitare il pagamento del canone mediante bandi (CS6), quindi ad un livello di sostegno ancora maggiore:

“Addirittura era stato pensato l’anticipo di mensilità proprio per gli immigrati. Lì c’è un finanziamento.

Sono i finanziamenti della provincia e della zona. Questo anticipo mensilità di affitto lo restituiscono un po' per mese senza interessi. Per la cauzione dell'affitto. E' ormai da tanti anni. I primi anni ci sono stati diversi problemi. Ultimamente li stanno restituendo tutti. C'è un buon ritorno, per cui quest'anno, visto che c'erano i tagli l'associazione ha detto non importa. Questo è per tutti" (CS1).

In altri casi invece l'impegno è solamente esterno, la SdS si limita a legittimare le iniziative lasciandole alla spontaneità del privato sociale:

“abbiamo fatto da *trait d'union* con associazioni che hanno preso in affitto degli immobili” (CS4).

In altri casi ancora la legittimazione si limita alla mera consulenza, o addirittura si rimanda solo alla rete informativa sul territorio insieme agli altri servizi per immigrati (CS5). Nei rimanenti casi i progetti sono in embrione e prevedono il coinvolgimento di associazioni come il sindacato inquilini (CS8) oppure costituiscono una preoccupazione la quale viene gestita soprattutto direttamente dai comuni (CS3).

C'è da dire che in linea di massima, laddove sono stati in grado di rispondere in maniera esatta, solo in un caso questo servizio è steso anche all'immigrazione non regolare, poiché la proceduralizzazione della prestazione mediante bandi, graduatorie e iscrizione ad un servizio implica necessariamente al regolarità dell'extra comunitario e quindi di fatto esclude tutti gli altri. Viceversa, laddove esiste un mero servizio di informazione, questo non richiede un'istituzionalizzazione del richiedente e, di conseguenza, è aperto anche ai non regolari.

Diversamente, sul piano al sostegno alle responsabilità familiari, lo strumento che deve generare l'effetto di sostenere la famiglia extra comunitaria, le differenze tra le unità intervistate emergono in modo più evidente.

Da un lato esiste la risposta istituzionalizzata dei consultori, i quali tuttavia vengono utilizzati solo in un paio di casi e con la precisa intenzione di rispondere all'emergenza o per facilitare in un secondo momento l'accesso ai servizi per donne musulmane segregate (CS2), mentre nella maggioranza dei casi si preferisce affrontare il problema nel suo insieme.

L'intervista sotto riportata è emblematica di un approccio globale al problema, che non viene interpretato funzionalmente, ma nel suo complesso. Il problema delle responsabilità familiari viene insomma ricondotto al problema più generale dei servizi per la famiglia:

“Ci sono gli sportelli ormai consolidati del privato sociale: progetto accoglienza, lo sportello d'ascolto, un servizio di consulenza legale... se non arrivano attraverso lo sportello sociale poi arrivano anche dai servizi. Qui essendo comunità piccole l'accesso ai servizi per le famiglie è abbastanza immediato.” (CS1).

Accesso ai servizi degli immigrati

L'effetto atteso E configura, come si ricorderà, l'impatto sull'accesso ai servizi degli

extracomunitari. In questo caso si è chiesto alle SdS ed alle ZD di indicare la presenza degli strumenti e la loro articolazione in ordine all'accesso in particolare (a) ai servizi sanitari; (b) ai servizi in generale, con particolare riferimento alla discriminante inerente la regolarità degli extra comunitari; (c) all'accesso ai servizi ed alle prestazioni per quegli extra comunitari che si dedicano alla prostituzione.

Anche in questo caso bisogna distinguere tra approcci specifici e generici. Nel secondo caso si vede bene dallo stralcio di intervista sotto riportata cosa significhi una visione di insieme dell'accesso ai servizi:

“Il nostro progetto per il pronto sociale e sull'emergenza prevede di non suddividerlo per tipologie di utenza, ma piuttosto di rilevare quale possa essere l'emergenza anche nelle varie fasce della popolazione e cercare delle risposte” (CS2).

Certamente, poi tutto si riconduce ad un progetto sulla persona. In questi casi l'accesso ai servizi non è una risposta standardizzata, ma un progetto individuale che aderisce prevalentemente all'emergenza. In altri casi invece l'idea di accompagnamento al servizio sanitario o sociale è strutturata in progetti e unità funzionali dedicati. Questi ultimi, presenti in certi casi da molto tempo (CS4 e CS7) mettono insieme problematiche differenti: da un lato l'idea di ambulatori dedicati, dall'altro il ruolo dello sportello immigrati che sostiene, orienta e facilita l'accesso anche ad altri servizi.

L'accompagnamento individuale è previsto in questa logica, ma sempre con un forte coinvolgimento iniziale, quasi propulsivo da parte della ASL, la quale è storicamente promotrice del problema della registrazione degli stranieri al servizio per rispondere ad emergenze che ormai sono datate quasi due decenni. Non è un caso che questo tipo di integrazione di strumenti per indirizzare e accompagnare gli stranieri ai servizi socio sanitari sia propria soprattutto delle SdS dove l'immigrazione è quantitativamente superiore e storicamente massiccia, proprio in aree urbane.

Nelle altre SdS e ZD emerge invece come l'accesso sia un effetto atteso perseguito mediante un'organizzazione più episodica e prevalentemente fondata sull'emergenza, soprattutto strutturata sulle risorse esistenti, in mancanza di risorse aggiuntive: nelle parole di un'intervistato, si usa l'espressione emblematica di tenere aperto il dialogo tra servizio sociale di zona, educatori del privato sociale e operatori sanitari su questo tema.

L'idea base è quella del lavoro di rete, fondati su consolidati rapporti informali tra operatori. In altri casi si sottolinea anche l'importanza di quanto già esistente in campo sanitario e quindi la non necessità di espliciti interventi ad hoc:

“mediazione linguistica e culturale, fatta nel pronto soccorso in ospedale; programmi di educazione alla salute con linee specifiche con gli immigrati, informazione quindi... informazione/formazione; e c'è il reparto diciamo di ginecologia e maternità, che è particolarmente sensibile a questo tema, in

collaborazione col Centro pari opportunità. Comunque questa è tutta roba sanitaria.” (CS6)

I servizi in entrambe i casi descritti questi interventi sono riservati come da legge regionale proprio per i residenti, tuttavia:

“Ora, se poi capita un caso viene trattato col buon senso diciamo, perché poi alla fine... nel senso... lo straniero senza permesso di soggiorno è soggetto al decreto di espulsione nel momento in cui le forze dell'ordine... il problema è che le forze dell'ordine per evitare determinate cose alle volte evitano di fare il decreto di espulsione, per cui uno si trova in collo una cosa da gestire e fra amministrazione comunale e servizio sociale si cerca di gestirlo ... volontariato ... in attesa di un percorso ovviamente, verificare se c'è la possibilità di un percorso di regolarizzazione o comunque di risoluzione definitiva del problema” (CS5).

Più semplicemente si può dire che esistono due piani, quello formale e quello sostanziale: quello formale impedisce di agire su questo effetto atteso, poi si cerca su quello sostanziale di agire mediante altri interventi, anche informali, facendo aggio sul volontariato:

“Sugli irregolari noi non potremmo fare nulla: abbiamo un'associazione di volontariato che integra quello che non possiamo fare noi; [...]... e noi diamo un contributo a questa associazione [...]. Il problema è che noi siamo vincolati alla residenza, perché nel momento in cui do un contributo a qualcuno a me mi deve apparire il codice fiscale” (CS8).

I servizi sono per i residenti, ma poi si cercano soluzioni che aggirano i vincoli formali e cercando di tamponare l'emergenza facendo aggio sulle risorse finanziarie, ma soprattutto di rete e associative presenti sul territorio.

Questo discorso vale genericamente sia per il punto (a) sia per quello (b). Per quanto riguarda, invece, l'accompagnamento ai servizi per extra comunitari che si dedicano alla prostituzione il problema è molto differenziato e anche il tipo di intervento che ne discende. In certi casi, il fenomeno non è rilevato e quindi non percepito come bisognoso di interventi (CS3 e CS5), oppure viene percepito in senso intuitivo, senza che vi siano dati che suffragano le percezioni o si riscontri impegno da parte delle amministrazioni locali (CS6), in altri ci si appoggia alle iniziative promosse da altri enti (province e comuni) e si contribuisce finanziariamente o mediante la dislocazione di risorse (CS1 e CS8).

Nelle aree urbane esistono invece progetti specifici dedicati al problema, frutto dell'iniziativa dei comuni, già presenti da diverso tempo, e poi solo in secondo momento passati in capo alla SdS.

In entrambe i casi, le SdS mostrano la complessità del problema di gestire progetti di tal fatta e la necessità di tenere insieme più attori sul territorio, forze dell'ordine in testa, quindi ribadendo una posizione di passività e di scarsa incisività da parte dei servizi sociali nel suscitare poi l'effetto atteso finale il quale dipende, infatti, dal concerto di molti differenti interventi.

L'effetto atteso F è stato declinato specificatamente per l'area immigrazione in due specifici

items di particolare rilevanza, perché rispettivamente inerenti: (a) le strutture volte a rispondere alle emergenze abitative di soggetti immigrati (regolari e/o irregolari; (b) le attività di monitoraggio e controllo dei cittadini stranieri senza fissa dimora.

Su questo versante, come nel precedente, le risposte sono diversificate secondo il grado di gravità del problema nel contesto e secondo il modello di risposta istituzionalizzato o affidato alla rete dei servizi e del volontariato.

Nelle SdS e ZD periferiche (CS1 e CS2), il problema viene percepito però come marginale, o non viene registrato semplicemente, cosicché pur presente è scarsamente auto evidente. Cosicché qualcuno osserva anche un proprio ritardo rispetto ad un problema non dirompente, ma comunque presente:

“C'è una parte di *clochard*, in genere stranieri, che sono di passaggio. Su questo siamo in ritardo perché non riusciamo a costruire un sistema. Non riusciamo a costruire un rapporto col volontariato efficiente e in competizione fra sé. Alcune volte la Caritas sta sulle sue. E poi perché avevamo proposto al Sindaco di costruire un sistema che non è quello emergenziale. Perché sono usciti 50 articoli sul giornale che muoiono tutti di freddo. In questi casi si apre una struttura di emergenza, così come si aprono le metropolitane. Il problema è avere un diurno in cui un nostro servizio e va e contatta queste persone. I cosiddetti servizi per i senza fissa dimora” (CS3).

In questi contesti, si predilige demandare ai centri più grandi, agli enti del capoluogo, comuni o province, o allo stesso volontariato che in qualche caso viene segnalato come anch'esso in ritardo. Insomma, la risposta informale di rete che si attiva sistematicamente nel caso dell'accompagnamento ai servizi, è decisamente più episodica e lasciata all'estemporaneità per quanto riguarda il monitoraggio e l'accoglienza primaria.

Il volontariato viene percepito come la via d'uscita ad un problema che istituzionalmente viene percepito solo se pesantemente evidente e al quale non vi è risposta istituzionalmente determinata. E' questo un punto debole del sistema che non riesce a generare l'impatto previsto.

Riduzione delle condizioni di svantaggio economico per gli immigrati

L'ultimo effetto atteso (G) dell'area immigrazione concerne un problema che abbiamo esaminato in modo ampio anche nelle altre aree, vale a dire la riduzione delle condizioni di svantaggio economico. Così come per quelle aree, anche per l'area immigrazione la domanda è ugualmente inerente la presenza di sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative, minimo vitale, prestiti d'onore e altri sussidi o agevolazioni, con o senza il requisito della residenza.

Conclusioni

La ricerca svolta ha avuto come scopo *l'analisi dell'attuazione del diritto all'assistenza sociale*, ossia come questo venga concretamente garantito in Toscana e da quali attori, con particolare attenzione al ruolo alle organizzazioni di volontariato, soprattutto in relazione agli effetti suscitati sui beneficiari, in termini di servizi, interventi e prestazioni erogati, e in termini di impatto sul benessere individuale e collettivo. Per raggiungere tale scopo si sono analizzati quattro ambiti fondamentali delle politiche di assistenza sociale, corrispondenti a *target* diversi: gli anziani, i disabili, la famiglia e i minori, e gli immigrati.

Le considerazioni che seguono hanno un carattere sostantivo, e forniscono un sommario dell'evidenza empirica riscontrata nell'analisi dei differenti ambiti di politica sociale presi in considerazione, così da valutare la profondità dei diritti di assistenza sociali in Toscana in ciascuno di tali ambiti, e porgere alcuni elementi di riflessione al *decision maker*.

La ricerca è stata condotta in un periodo nel quale avvenivano due cambiamenti di grande rilievo nell'assistenza sociale Toscana: da un lato la sperimentazione in alcune unità amministrative dell'integrazione socio-sanitaria attraverso la forma organizzativa delle Società della Salute, dall'altro la sperimentazione del progetto di assistenza agli anziani non autosufficienti.

Il primo è stato utilizzato per la selezione del campione di otto casi sul quale condurre la ricerca, ma non costituisce uno specifico fuoco di analisi, che riguarda gli effetti degli interventi di assistenza sociale, piuttosto che le forme organizzative del sistema di assistenza sociale. Naturalmente, queste ultime possono avere un impatto sulla capacità del sistema di azione collettiva di produrre effetti rispondenti ai bisogni della collettività, e quindi avere delle conseguenze in termini di qualità della democrazia. Su questo si tornerà più avanti.

Il progetto per la **non autosufficienza**, qui analizzato per quanto riguarda le risultanze della sua fase sperimentale, che mettono in luce una certa variabilità tra i casi presi in considerazione, principalmente in conseguenza del diverso stadio di avanzamento del progetto tra casi diversi, è con tutta probabilità destinato ad avere un impatto di grande momento sul sistema di assistenza sociale toscano. Quello della *long-term care* per i *frail elderly*, dell'assistenza continuativa per gli anziani non autosufficienti è un caso emblematico di *new social risk*, di rischio sociale precedentemente sconosciuto (o non così diffuso e carico di conseguenze da esser ritenuto meritevole di socializzazione, cioè di un tentativo di risposta collettiva attraverso politiche pubbliche). In tutta Europa ferve il dibattito di *policy* su come affrontare questo rischio sociale, che tende ad interessare una platea sempre più vasta di cittadini nelle ultime fasi della loro vita, la cui durata si allunga sempre più. Poche però sono state sinora le risposte pubbliche a tale bisogno di assistenza (notevole

in tal senso è la *Pflegeversicherung* tedesca, introdotta nel 1995), anche e soprattutto per i costi connessi alla copertura del bisogno. Questi ultimi tendono a ridurre l'ampiezza del mercato per le assicurazioni private in tale settore, giacché solo alcune società di assicurazione specializzate tendono ad offrire polizze individuali per la copertura del rischio di non autosufficienza, e i loro premi sono molto elevati.

Per la sua innovatività nel panorama nazionale (ma anche europeo), per le risorse ad esso destinate, per il suo potenziale impatto sulla qualità di vita di tutti i cittadini (considerando non solo, staticamente, il benessere degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie, ma anche, dinamicamente, come il rischio di non autosufficienza in età avanzata tende ad interessare tutti i cittadini, direttamente come soggetti colpiti o indirettamente come loro familiari), il progetto per la non autosufficienza si configura come un grande avanzamento nella tutela dei diritti sociali del cittadino toscano, e nel loro approfondimento. Tale progetto, inoltre, sembra destinato ad orientare tutto il sistema di assistenza sociale in Toscana, per le risorse stanziare e per la previsione di strumenti di raccolta e valutazione del bisogno quali i Punti insieme da un lato e le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dall'altro che potrebbero essere generalizzati per coinvolgere bisogni di assistenza sociale diversi e più ampi rispetto a quelli della non autosufficienza. D'altro canto, l'onere amministrativo connesso al progetto per la non autosufficienza, soprattutto nella sua fase di avvio, e il rischio di una riallocazione *de facto*, in un contesto di risorse destinate al sociale dal livello nazionale scarse e decrescenti, delle risorse destinate all'assistenza sociale a favore del progetto per la non autosufficienza - anche per l'emersione documentata in tutti i casi investigati di un bisogno prima compresso che trovava qualche valvola di sfogo nel ricorso all'istituzionalizzazione e soprattutto nell'utilizzo di cura informale e sommersa - crea preoccupazioni fra i decisori locali circa la possibilità di incrementare o mantenere gli attuali livelli di fornitura delle prestazioni sociali negli altri ambiti di intervento qui analizzati, ai quali ora ci volgiamo.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale rivolta agli **anziani**, si conferma che tale area costituisce un *target* di tutela dei diritti all'assistenza sociale in Toscana di assoluto rilievo, dacché il riscontro empirico dimostra un investimento di mezzi, risorse e strategie che coprono un arco di effetti attesi inusitato rispetto alle altre aree e con una mobilitazione di servizi e prestazioni per raggiungere questi che privilegiano anche la varietà, quindi le differenze tra bisogni all'interno di una categoria abbastanza omogenea come sono gli anziani.

Detto questo, si è visto, attraverso le interviste, che una volta abbandonate le definizioni generali, sul campo ci sono differenze notevoli espresse da una varianza nel dato la quale dimostra che la risposta esiste ovunque, ma il suo contenuto può cambiare di molto secondo i contesti, tale che in certi casi determinate prestazioni hanno un significato e in altri un altro. La differenza è

spiegata ovviamente da fattori locali, dalle configurazioni gestionali, dalla presenza di determinati *stakeholder*, come associazioni di volontariato o l'influenza delle strutture sanitarie o la consolidata azione della mano pubblica.

Tutti elementi questi che fanno vedere che se da un lato esiste un movimento comune verso il medesimo obiettivo, anche se non tutti i servizi e le prestazioni vanno ad eguale velocità e non tutte le SdS/ZD sono andate altrettanto unitariamente nella medesima direzione, dall'altro, una volta scesi sotto la superficie, a livello locale, l'eterogeneità è forte e conseguentemente la capacità di tutelare il diritto all'assistenza sociale. La qualità democratica del diritto all'assistenza sociale in Toscana per gli anziani è come se avesse due livelli: un livello generale assicurato e omogeneo, complessivamente coerente con un disegno, ed un secondo livello di tipo locale, dove tutto ciò deve essere verificato localmente e puntualmente, secondo i contesti.

Infine, il ruolo del Terzo settore in questa dinamica pare tutto sommato omogeneamente consolidato con una peculiarità per altro non nuova: il ricorso al volontariato e al non profit è funzionale ad esigenze di bilancio ed a strategie di esternalizzazione coerenti con questo. Se possibile, infatti, le unità amministrative non ricorrono allo strumento dell'appalto o della convenzione, se non quando si tratta di dover sostenere costi troppo elevati.

Di per se stesse le SdS/ZD parrebbero cercare l'autosufficienza, specie quando nelle prestazioni vi è un decisivo intervento da parte del settore sanitario, il quale tende a specificare contenuti e modalità organizzative degli interventi ricomprendendoli sotto l'alveo delle proprie logiche professionali ed organizzative. Il determinante apporto del terzo settore sembra un po' più quantitativo che qualitativo, a meno che la capacità di influenza o il prestigio della singola organizzazione coinvolta in quell'ambito di intervento non sia tale da fornirle la possibilità di dire la sua, di essere ascoltata e magari anche di influenzare le scelte dell'attore pubblico. Dunque sembrerebbe di percepire una disegualianza di percezione da parte del settore pubblico il quale delega sempre e comunque i costi, ma in modo differente secondo il prestigio dell'interlocutore.

Per quanto concerne l'assistenza sociale rivolta ai **disabili**, anche se in modo un po' più contenuto rispetto a quanto fatto per l'area anziani, il campione delle otto unità osservate mostra una mobilitazione nel raggiungimento degli effetti attesi per l'area disabili che è complessivamente molto approfondito, anche attraverso uno sforzo di garanzia del diritto all'assistenza sociale attraverso l'accoglimento di una domanda che è necessariamente per propria natura fortemente differenziata, mentre quella dell'area anziani è tutto sommato omogenea e riconducibile ad alcune limitate categorie di bisogno.

Sia pure con differenze locali significative, si vede però che la tensione verso il raggiungimento dell'obiettivo è assolutamente presente in tutte le SdS/ZD analizzate, anche se dal punto di vista dell'omogeneità della risposta e della capacità di articolare in modo omogeneo

definizioni di prestazioni e formule di gestione c'è una varietà che va al di là della necessità di adattarsi al contesto e spesso evidenzia, come nell'area anziani del resto, un certo localismo di scelte, contenuti e formule di gestione.

Quindi anche per i disabili si riscontra quanto visto per gli anziani, ma in forma minore, ossia che al di là di una per certi versi straordinaria tendenza a soddisfare i bisogni dei disabili scendendo ad un grado di dettaglio assolutamente notevole nel cercare di adattarsi alle specifiche caratteristiche della domanda, fatto davvero eccezionale nel genere delle politiche per la tutela dei diritti dei disabili, a livello locale tutto ciò dipende molto dalle risorse in gioco, dalle esperienze esistenti, dalle soluzioni adottate e il quadro sfuma molto nelle contingenze e nelle poste in gioco degli attori. Ciò sembra valere anche per il ruolo del terzo settore, di volta in volta in una posizione complementare oppure determinante, secondo la sua capacità di influenza: ora *stakeholder* determinante per il progetto Dopo di noi, ora valvola di sfogo dell'abbattimento dei costi del settore pubblico, svolgendo un ruolo più che secondario.

L'assistenza sociale nell'area **famiglie e minori** presenta un nucleo di prestazioni abbastanza analoghe e ormai lungamente codificate nei servizi sociali, che insistono su bisogni e problemi a loro volta identificati da molto tempo e ai quali si cerca di dare risposta attraverso strumenti e logiche organizzative proprie dei tempi in cui sono stati individuati.

E' per questo che sul piano dell'organizzazione della risposta contenuti e modi sono effetto di quelle scelte: la presenza dei comuni, il ruolo dei consultori così come quello del volontariato e del terzo settore in generale risentono di questa complessiva definizione, propria di tempi passati. Ne emerge un quadro di grande frammentazione di modalità e tipi di servizi proprio all'interno dell'area medesima, frutto della storica stratificazione sopra accennata, cosicché sembrano organizzativamente indipendenti servizi affini che poi concorrono alla soddisfazione del medesimo effetto atteso. Questa disomogeneità sembra mostrare che l'area famiglia e minori è stata recentemente oggetto di complessivo minor investimento, se non in alcuni limitatissimi ambiti, e in modo sostanzialmente inerziale rispetto a quanto fatto in passato, cosicché il problema di integrazione socio sanitaria, da un lato, la ripartizione dei compiti con i comuni, dall'altro, come anche la scelta del ruolo da assegnare al terzo settore, sono questioni maggiormente problematiche che nelle precedenti due aree, mentre il bisogno di andare incontro ad una coerente logica di sistema pare decisamente più elevato.

Infine, per quanto riguarda l'assistenza sociale rivolta agli **immigrati**, essa appare fortemente differenziata tra i territori non solo in termini delle risposte, ma già in termini di bisogni e della loro percezione, a causa della forte variabilità del fenomeno dell'immigrazione nel territorio regionale. La differenza della diffusione del fenomeno e nella percezione dei bisogni ad esso connessi dà luogo a differenti tipi di organizzazione delle risposte pubbliche al bisogno: più strutturate in quei territori

dove il fenomeno è presente e avvertito; più emergenziali, attivate solo in presenza dei problemi altrove.

Come è ovvio, l'immigrazione irregolare pone poi particolari problemi, giacché da un lato le prestazioni previste sono attivabili solo in presenza della residenza, dall'altro l'emersione del bisogno in vista della sua rappresentazione ai servizi sociali è evidentemente limitata dal connesso palesamento della condizione irregolare. E' qui di fondamentale importanza il mondo del volontariato, che svolge per delega implicita, anche attraverso finanziamenti pubblici, compiti che il pubblico non può svolgere a causa dei suddetti vincoli legali.

In conclusione, è utile tornare sul **cambiamento organizzativo** che ha fatto da sfondo alla ricerca qui presentata: la nascita e l'istituzionalizzazione delle Società della Salute e la progressiva integrazione tra sociale e sanitario. Come si diceva, tale cambiamento ha costituito il contesto nel quale si è svolta la ricerca, ma non ne è stato il fuoco di analisi, poiché essa è stata volta a investigare gli effetti degli interventi di assistenza sociale sul benessere dei cittadini toscani, e la qualità dei diritti sociali ad essi disponibili. Certamente, però, i cambiamenti organizzativi possono avere degli effetti sulla garanzia e sull'attuazione dei diritti per i cittadini, e dopotutto questa è la ratio dell'integrazione sociosanitaria: fornire prestazioni migliori e garantire così maggiormente i diritti sociali. Soprattutto, come si è argomentato, la soddisfazione dei bisogni in modo efficace attraverso interventi di politica pubblica dipende in modo cruciale dalle capacità amministrative e istituzionali del sistema di attori, pubblici e non, che progetta, mette in pratica, controlla una certa politica, e questo a maggior ragione nel settore dell'assistenza sociale, dove è essenziale la ricognizione puntuale del bisogno, e dove gli interventi attuati devono rispondere in modo il più possibile individualizzato al bisogno. Se e in che modo l'integrazione sociosanitaria abbia aumentato le capacità istituzionali della rete di attori alla quale è riconducibile il sistema della assistenza sociale in Toscana, e più in generale l'analisi dell'ingegneria istituzionale che possa produrre risultati ancora migliori in termini di effettività dei diritti sociali, è un tema della massima rilevanza pratica per i decisori pubblici, che può oggi essere investigata empiricamente grazie all'analisi dei risultati degli interventi di assistenza sociale svolta in questa ricerca.

QUALITA' DELLA DEMOCRAZIA E DIRITTI SOCIALI. QUALE DIRITTO ALL'ASSISTENZA SOCIALE IN TOSCANA?

Ricerca commissionata dal CESVOT in convenzione con l'Istituto Italiano di Scienze Umane, SUM

APPENDICI

- A. Il questionario per l'investigazione delle capacità istituzionali
- B. Il questionario sugli effetti attesi
- C. Le interviste ai testimoni privilegiati
- D. La matrice degli obiettivi, degli strumenti e degli effetti attesi

APPENDICE A

Il questionario per l'investigazione delle capacità istituzionali

0. Ci può fornire una ricostruzione sintetica della struttura organizzativa della vostra unità amministrativa? Quanti e quali uffici, con quali competenze? Qual è il vostro organigramma, nel dettaglio?

Capacità programmatiche

1. Chi è incaricato della stesura materiale del documento di programmazione e del suo aggiornamento?
- 1.1 Si tratta di una funzione stabile o viene attivata esclusivamente in occasione della redazione o dell'aggiornamento annuale del piano?
- 1.2 Tale funzione è svolta all'interno di una struttura dedicata appositamente alla programmazione degli interventi socio-sanitari?
2. Rimanendo nella fase di programmazione, qual è il ruolo effettivo del Terzo settore?
- 2.1 Qual è il ruolo della Consulta? Chi ne fa parte?
- 2.2 Qual è il ruolo del Comitato di Partecipazione? Chi ne fa parte?
- 2.3 Quali sono i criteri d'inclusione dei soggetti sociali ai processi di programmazione?
3. La programmazione si basa su documenti diagnostici, di ricognizione dei bisogni, ecc.? Quali? Esistono anche dati sulle caratteristiche sociali degli utenti? È stato redatto il "Profilo di Salute"? Se sì, è stato reso pubblico?
- 3.1. Chi ha curato la redazione di tali documenti?
- 3.2. Tale funzione è svolta all'interno di un ufficio appositamente costituito?

Stile decisionale

4. Come vengono prese le decisioni all'interno della Conferenza dei Sindaci?
- Si privilegia la negoziazione e il raggiungimento del compromesso o è più frequente che si decida con maggioranze, anche variabili, a seconda dell'argomento in discussione?
 - Lo stile decisionale è inclusivo o conflittuale?
 - Sono emersi, in questo periodo di attività della SdS/Zd, degli attori prevalenti, a cui è riconosciuto dagli altri un ruolo di leadership? Quali?
 - [Se risponde "no" alla 4.3] Ci sono stati dei soggetti che hanno tentato di affermarsi come *leaders* all'interno della Giunta (o della Conferenza dei Sindaci), ma che sono stati ostacolati dagli altri membri?

- Si sono verificati scontri politici all'interno della Giunta (o della Conferenza dei Sindaci)? quali sono gli argomenti in discussione che possono generare conflitti tra i Sindaci?

Capacità attuative

5. Chi sono i soggetti responsabili dell'attuazione del piano e dei relativi interventi?
 - 5.1. C'è un ufficio preposto alla gestione degli interventi, tavoli o commissioni a livello intercomunale? Oppure la gestione resta di competenza dei singoli Servizi Sociali dei singoli comuni?
 - 5.2. Il coordinamento dell'attuazione degli interventi avviene secondo un criterio funzionale o per competenza territoriale?
 - 5.3. Esiste un Ufficio competente per la comunicazione ai cittadini dei servizi attivi? Quanto personale è dedicato all'attività informativa? Di quali risorse dispone? Viene redatto un Piano di Comunicazione?
6. Chi e come decide l'allocazione delle risorse tra i singoli interventi?
7. In passato o attualmente sono state attivate Gestioni Associate per funzione e servizi attinenti il settore sociale? Se sì, per quali aree d'intervento (famiglie, minori, disabili, salute mentale, etc.)?
 - 7.1. [Nel caso in cui siano state attivate Gestioni Associate] Qual è la vostra valutazione di questa esperienza e sulla efficacia di questo strumento istituzionale? Quali sono i problemi o le difficoltà principali?
 - 7.2. Esistono iniziative specifiche per l'integrazione (tra comuni; comuni + ASL; comuni + ASL + scuola; territorio + ospedale) dei servizi e degli interventi? Quali?
 - 7.3. Tra i diversi membri della vostra Unità amministrativa, esiste una condivisione omogenea della definizione delle prestazioni, delle relative tariffe e denominazioni?
8. Vi avvalete di prestazioni da parte del Terzo settore? Con quali modalità avviene tale collaborazione? Quali tipi di accreditamento/convenzione vengono attuati con soggetti del Terzo settore? Qual è il loro numero? In quali aree di intervento sono attivati?
9. Qual è la vostra storia di collaborazione con soggetti del Terzo settore per l'erogazione di servizi e prestazioni? In particolare con quali soggetti (nomi/ sigle e aree d'intervento)? C'è un soggetto che sentite particolarmente rilevante per la vostra zona, o che svolge una funzione di "punto di riferimento" per una determinata area d'intervento?

Capacità apprenditive

10. Esistono corsi di formazione continua per gli operatori dei vostri Servizi Sociali?
11. Quali sono i principali problemi organizzativi riscontrati nell'attività di coordinamento tra i vari servizi dei diversi comuni?

- Diversità culture organizzative;
- Resistenza all'innovazione;
- Conflitti di competenza;
- Difesa d'interessi;
- Altro.

12. Quali sono i principali problemi organizzativi riscontrati nella fase d'attuazione dei programmi?

- Insufficienza risorse umane;
- Scarsa qualità degli addetti;
- Mancanza di formazione specifica;
- Mancanza di risorse finanziarie;
- Mancanza d'uffici, locali, tecnologie;
- Altro.

13. Esistono uffici stabilmente dedicati al monitoraggio e alla valutazione? Se sì, da quanto tempo?

13.1. Quanto personale è dedicato a tali attività? Di quali e quante risorse dispone? Qual è il numero di rapporti di valutazione prodotti? Di quali settori di intervento si occupa?

13.2. Esistono banche dati o archivi sugli impatti reali degli interventi effettuati?

13.3. Quali e quante iniziative volte alla riflessione sull'attività svolta (convegni; seminari; incontri) sono state organizzate negli ultimi anni?

14. Nel caso in cui funzioni di monitoraggio o valutazione vengano svolte presso la vostra unità, ma non attraverso un ufficio stabilmente e/o specificatamente dedicato, quali altre attività svolge tale ufficio? Con quale frequenza si occupa di valutazione/monitoraggio?

15. Presso la vostra unità, vengono esternalizzate attività di monitoraggio e/o valutazione (studi, ricerche, ecc.) degli interventi effettuati? Se sì, in quali aree? E a chi sono commissionate?

APPENDICE B

Questionario sugli effetti attesi

Versione completa per l'intervistatore, dicembre 2008

Ambito: Anziani non autosufficienti

Iniziare l'intervista chiedendo di parlare del progetto non autosufficienza. Ecco una traccia per questa sezione di intervista:

- A che punto siete con il progetto di assistenza ai non autosufficienti? Come funziona in pratica, nella vostra SdS/ZD? (controllo per capire se c'è omogeneità procedurale)
- Eravate già coinvolti nella fase di sperimentazione? In quella pilota? Con quanti fondi per queste fasi?
- Quanti fondi avete avuto per il periodo-ponte sino al termine del 2008? Quanti per il 2009?
- Avevate già PUA e UVM prima del progetto o sono un portato del progetto? Se li avevate, servivano quali ambiti di intervento (link alla domanda 1)?
- Nel contesto del progetto, quali azioni avete previsto? (Probabili risposte: trasferimenti alle famiglie per sostenere spesa assistenti familiari, trasferimenti alle famiglie per tenere in casa non autosufficienti, aumento posti RSA). Per i trasferimenti, di che tipo sono? (Esempio: trasferimenti per assistenti familiari sono solo per emersione evasione contributiva – Val di Chiana Aretina – oppure sono trasferimenti anche per pagamento badanti – Mugello). Come funzionano? (Esempio: erogati a fronte di un contratto regolare. Che tipo di contratto? Basta colf oppure assistente infermieristica? Ecc...) Sono graduati sul reddito familiare? In quante e quali fasce? Qual è l'importo (max-min) dei trasferimenti? Viene usato l'ISEE? Se no, qual è la base di calcolo? C'è un regolamento di SdS/ZD oppure comunale? C'è omogeneità tra i comuni? Sono le stesse definizioni dei redditi/soglie usate per le altre prestazioni? (es. domande 5, 6, ambito anziani; domande 17, 18, 30 altri ambiti, domanda 15 tutti gli ambiti).
- Eventualmente, anticipare la domanda 7 su domiciliarità vs residenzialità.
- Come funziona il Progetto di assistenza personalizzato (PAP)? Quanto è formalizzato? Arriva ad essere un vero e proprio patto con la famiglia dell'assistito, con forme di quasi-condizionalità?
- Avete previsto dei programmi di formazione per assistenti familiari? Rivolti a quali categorie? (Assistenti diurni, badanti?) Solo per chi è occupato in assistenza a non autosufficiente preso in carico da UVM? Eventualmente anticipare tutta la domanda 9.

Ambito: Tutti

EFFETTO ATTESO E: Accesso ai servizi

1. È stato effettivamente realizzato il Punto Unico di Accesso (PUA)? È prevista nella SdS/ZD una sua specifica applicazione per gli ambiti qui analizzati (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati) in particolare?

EFFETTO ATTESO G: Riduzione condizioni di svantaggio economico

2. Esistono interventi di edilizia sociale (quali alloggi individuali a canone agevolato) operati dalla SdS/ZD, a fianco delle altre autorità locali? Se sì, di che tipo? Quali sono i requisiti per l'accesso e i criteri di assegnazione? Ci sono domande in lista d'attesa? Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

EFFETTO ATTESO C:

3. Esistono nel contesto della SdS/ZD attività di mediazione per l'accesso al mercato della locazione per le diverse categorie di utenti (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati)?

Ambito: Anziani

EFFETTO ATTESO A: Integrazione sociale

4. Nella SdS/ZD sono attivi servizi e attività di promozione della salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani? (Es.: ginnastica, corsi per stili sani di vita, centri diurni, manifestazioni, eventi, orti sociali, gite).

EFFETTO ATTESO B: Sostegno alla domiciliarità

5.

- Nella SdS/ZD sono attivi servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (cioè socio-sanitaria, integrata con i servizi sanitari)¹. Quali sono i più rilevanti?
- L'indagine 2006 [l'intervistatore consulti Tavole 2006 su Assistenza Domiciliare, vedi anche tavola 18.10] segnala che ci sono/non ci sono liste d'attesa. Qual è la situazione?
- Esistono convenzioni col terzo settore? Di quale tipo?

6.

- Sappiamo che nella SdS/ZD sono attivi servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale². Sono anche attivi servizi di prossimità³? Di che tipo?
- Per i servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale in generale, la domanda viene soddisfatta completamente? [l'intervistatore consulti Tavola 18.7, su dati utenti e spesa]
- Esistono convenzioni col terzo settore? Per quali prestazioni?

7. A seguito della creazione del Fondo per la non autosufficienza, è stata promossa e implementata una strategia di deistituzionalizzazione in direzione dell'assistenza domiciliare? Se sì, ci sono dei dati al riguardo? Quali servizi di tipo residenziale permangono all'interno della SdS/ZD⁴. In quali forme (pubbliche o in convenzione) vengono erogati? [Qui l'intervistatore deve ottenere dettagli sui vari tipi di servizi residenziali (rsa, case di riposo, residenze protette, etc.)]. La domanda viene completamente soddisfatta? Qual è la capacità di smaltimento delle liste di attesa?

8. Nella SdS/ZD esiste un servizio di telesoccorso e/o teleassistenza⁵? Come funziona? Esistono convenzioni col terzo settore? Quanti utenti ne usufruiscono, quali sono le regole di accesso?

EFFETTO ATTESO C: Sostegno alla famiglia

¹ La Tavola 18 riporta la spesa per ADI per unità amministrativa.

² Vedi Tavola 18 per dati di spesa.

³ Vedi Tavola 18. In 4 delle 8 SdS/ZD da noi individuate la spesa per servizi di prossimità risulta nulla (Alta Val d'Elsa, Fiorentina Nord Ovest, Val di Chiana Aretina, Valle del Serchio).

⁴ Vedi Tavola 24.

⁵ Vedi Tavola 18. In 3 degli 8 casi da noi selezionati (Alta Val d'Elsa, Alta Val di Cecina, Mugello) la Tavola 18 riporta spesa nulla, negli altri casi spesa positiva.

9. Nella SdS/ZD sono attivi servizi di mediazione per le famiglie nel reperimento di assistenti familiari (badanti)? Sono attivi corsi per la formazione di assistenti familiari?

10. La SdS/ZD prevede attività di sostegno alla famiglia dell'anziano sotto forma di attività formativa e consulenziale di sostegno, o mediante attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)? Se sì, in quali forme e con quali risorse?

EFFETTO D: Soddisfazione bisogno alloggio assistito

11. Estrapolare da seconda parte domanda 7.

EFFETTO ATTESO E: Accesso ai servizi

12. La SdS/ZD ha disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati dai diversi soggetti organizzativi della medesima volta a fornire risposte unitarie e integrate agli anziani? Se sì, quali e cosa prevedono? A fronte di una domanda, quali sono i tempi di presa in carico?

EFFETTO ATTESO F: Prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza sociale

13. La SdS/ZD organizza assistenza primaria *temporanea* contro l'emergenza per persone anziane in situazioni di marginalità (ad esempio, vitto, alloggio, vestiario)? Se sì, in quali forme organizzative (pubbliche o in convenzione)? La SdS/ZD organizza pure assistenza primaria di natura più *continuativa* sotto forma di centri di accoglienza? Se sì, in quali forme organizzative (pubbliche o in convenzione)?

EFFETTO ATTESO G: Riduzione condizioni di svantaggio economico

14.

- La SdS/ZD prevede contributi all'anziano o alla sua famiglia dell'anziano sotto forma di voucher o buoni⁶?
- Per Valle del Serchio, Grossetana, Alta Val d'Elsa, Val di Chiana Aretina: La spesa media per utente [l'intervistatore consulti la tavola 19.4 sulla spesa] nel 2005 era di Euro.
- In particolare, quali forme prende questo sostegno? Per quali interventi specifici sono stati attivati questi buoni/voucher? Come funzionano? Quali sono i requisiti per accesso? Esiste un regolamento unico valido per tutti i comuni della Zona, o è comunale? La domanda viene soddisfatta completamente?

15. Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS/ZD prevede per gli anziani alcuni fra i seguenti interventi (e quali):

- sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative

⁶ La Tavola 19 riporta spesa nulla per 4 degli 8 casi da noi analizzati (Alta Val di Cecina, Fiorentina Nord Ovest, Mugello e Pisana), spesa positiva per gli altri 4 (Valle del Serchio, Grossetana, Alta Val d'Elsa, Val di Chiana Aretina).

- **minimo vitale**
- prestiti
- altri sussidi e agevolazioni (specificare)?

Quali sono i requisiti per l'accesso? [chiedere esistenza regolamento unico] Ci sono domande in lista d'attesa? Questi strumenti esistono solo per gli anziani o sono previsti anche per tutte le altre categorie di utenza? Quali, etc.?

Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Ambito: Disabili

EFFETTO ATTESO A: Integrazione sociale

16. Nella SdS/ZD sono presenti:

- servizi e attività di promozione della salute fisica dei disabili?
- servizi e attività di promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili (ad esempio centri diurni, manifestazioni ed eventi, gite, soggiorni estivi)?
- servizi riabilitativi individualizzati per i disabili (ad esempio, musicoterapia, ippoterapia)?
- **attività di inserimento lavorativo individualizzato** per i disabili?
- progetti del tipo “Dopo di noi” (finalizzato all'elaborazione del lutto e all'assistenza per i disabili a seguito della scomparsa dei familiari)?
- Progetti Educativi Integrati (PEI) per alunni disabili?

Se sì, di quale tipo? Per quale bacino di utenza e con quali strumenti?

EFFETTO ATTESO B: Sostegno alla domiciliarità

17. E' presente all'interno della SdS/ZD un servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale specifico per i disabili? [Attenzione: l'SdS/ZD Pisana ha spesa nulla (tavola 18.6): supplemento d'indagine] La domanda viene soddisfatta completamente? Esistono convenzioni col terzo settore?

18. Sono presenti all'interno della SdS/ZD servizi di riabilitazione individuale domiciliare assimilabili alla Assistenza domiciliare socio-sanitaria specifica per disabili? La domanda viene soddisfatta completamente? L'indagine 2006 [l'intervistatore consulti le Tavole 2006 su Assistenza Domiciliare, vedi anche Tavola 18.9] segnala che ci sono/non ci sono liste d'attesa. Qual è la situazione? Esistono convenzioni col terzo settore?

19. La SdS/ZD promuove attività di rimozione delle barriere architettoniche per i disabili relativamente all'abitazione o alla mobilità individuale del medesimo? Quante risorse vengono destinate a questo scopo, per quanti e quali interventi?

EFFETTO ATTESO C: Sostegno alla famiglia

20. La SdS/ZD svolge:

- attività di informazione (anche finalizzata alla prevenzione) per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicata ai problemi della disabilità anche mediante campagne educative rivolte agli interessati e alle loro famiglie?
- servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili o per i care giver, anche mediante l'attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)?

Se sì, di che tipo? Come funzionano?

EFFETTO ATTESO D: Soddisfazione del bisogno di alloggio assistito

21. Sappiamo che nell'assetto dei servizi erogati dalla SdS/ZD esistono servizi residenziali per disabili⁷. In quali forme (pubbliche o in convenzione) vengono erogati? [Qui l'intervistatore deve ottenere dettagli sui vari tipi di servizi residenziali (rsa, case di riposo, residenze protette, etc.)]. La domanda viene completamente soddisfatta? Qual è la capacità di smaltimento delle liste di attesa?

EFFETTO ATTESO E: Accesso ai servizi

22. Sono presenti all'interno della SdS/ZD servizi dedicati di trasporto per disabili per accedere ai servizi sociali (accompagnamento individualizzato)?
23. La SdS/ZD ha disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati dai diversi soggetti organizzativi della medesima volta a fornire risposte unitarie e integrate ai disabili? Se sì, quali e cosa prevedono? A fronte di una domanda, quali sono i tempi di presa in carico?
24. Nella SdS/ZD esiste un servizio di monitoraggio di disabilità di vario genere sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce al fine della presa in carico in collaborazione anche con i servizi scolastici?

EFFETTO ATTESO F: Prevenzione dei rischi e gestione delle situazione di emergenza

25. La SdS/ZD effettua in modo sistematico un'attività di supervisione e controllo dello stato di abbandono di disabili? Sulla base delle risorse disponibili la SdS/ZD è in grado di offrire assistenza per l'emergenza di disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali (ad esempio vitto, alloggio, vestiario)?

EFFETTO ATTESO G: Riduzione condizioni di svantaggio economico

26. La SdS/ZD prevede contributi al disabile e alla sua famiglia sotto forma voucher o buoni⁸? Se sì, di che tipo? La domanda viene soddisfatta completamente?

[Per Alta Val di Cecina: La spesa media per utente (l'intervistatore consulti la tavola 19.3 sulla spesa) nel 2005 era di Euro. Cosa significa/Per cosa sono stati spesi?]

DOMANDA DI CONTROLLO: Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS/ZD prevede per i disabili alcuni fra i seguenti interventi (e quali):

⁷ Abbiamo alcuni dati di spesa, vedi Tavola 20.5 (o 26). Attenzione: Alta Val di Cecina riporta spesa nulla, ma ha in carico utenti e accolla spesa a SSN. Differenze di modello organizzativo? O differenti tipi di disabilità presa in carico rispetto alle altre SdS/ZD?

⁸ Tra le 8 SdS/ZD da noi individuate, 7 (Pisana, Mugello, Grossetana, Fiorentina Nord Ovest, Val di Chiana Aretina, Valle del Serchio, Alta Val d'Elsa) riportano spesa nulla (vedi Tavola 19). L'Alta Val di Cecina riporta spesa positiva.

- sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative
- minimo vitale
- prestiti
- altri sussidi e agevolazioni (specificare)?

Quali sono i requisiti per l'accesso? Ci sono domande in lista d'attesa? Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Ambito: Famiglia e minori

EFFETTO ATTESO A: Integrazione sociale

27. La SdS/ZD prevede:

- servizi educativi per la prima infanzia (0-2 anni) (asili nido, nidi famiglia, micro-nidi)?⁹
- servizi educativi integrativi per la prima infanzia (0-2 anni) (centri diurni, ludoteche, etc.)¹⁰

Se sì, quali? Quali sono i requisiti per l'accesso? La domanda viene completamente soddisfatta? In quali forme (pubbliche o in convenzione)?

28. Per quanto riguarda il periodo coperto dall'ultimo PIS, nella SdS/ZD sono attualmente presenti servizi educativi e relazionali per minori (centri diurni, ludoteche, centri gioco e centri giovani, soggiorni estivi, etc.)? Se sì, quanti, di quale tipo e con quali risorse vengono alimentati?

29. La SdS/ZD prevede attività di assistenza domiciliare finalizzata a famiglie con minori¹¹? La domanda viene completamente soddisfatta? In quali forme (pubbliche o in convenzione)?

EFFETTO ATTESO C: Sostegno alla famiglia

30. La SdS/ZD prevede il trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo? La domanda viene completamente soddisfatta?

31. La SdS/ZD dispone di consultori familiari? Se sì, per quali attività (counselling, assistenza psicologica, mediazione familiare)?

EFFETTO ATTESO F: Prevenzione dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza

32. La SdS/ZD organizza attività volte all'assistenza di donne e minori soggetti ad abuso, e di gestanti e madri sole in difficoltà (counselling e psicoterapia, telefono amico, segnalazione all'autorità giudiziaria)?

33. La SdS/ZD gestisce o sovvenziona comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità? Se sì, di quale tipo e con quali risorse?

34. La SdS/ZD predispone assistenza ai minori in difficoltà attraverso la costituzione di case famiglia per l'accoglienza temporanea?

⁹ Alcuni dati su spesa e utenti sono riportati in Tavola 20.

¹⁰ Tra le 8 SdS/ZD da noi individuate, 3 (Alta val d'Elsa, Val di Chiana Aretina, Valle del Serchio) riportano spesa nulla, le altre spesa positiva: vedi Tavola 22, dati solo su spesa e utenti.

¹¹ Tra le 8 SdS/ZD da noi individuate, 2 (Alta Val di Cecina, Pisana) riportano spesa nulla, le altre spesa positiva: vedi Tavola 18.5, dati solo su spesa e utenti.

35. Sulla base delle risorse disponibili la SdS/ZD è attualmente in grado di offrire assistenza primaria per l'emergenza economica della famiglia in stato di abbandono mediante interventi materiali (vitto, alloggio, vestiario)?

EFFETTO ATTESO G: Riduzione delle condizioni di svantaggio economico

DOMANDA DI CONTROLLO: Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS/ZD prevede per le famiglie con minori alcuni fra i seguenti interventi (e quali):

- sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative
- minimo vitale
- prestiti
- altri sussidi e agevolazioni (specificare)?

Quali sono i requisiti per l'accesso? Ci sono domande in lista d'attesa? Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

36. La SdS/ZD prevede, nel quadro del recente PIS e coerentemente con le disposizioni regionali, l'erogazione di assegni straordinari per le madri e le gestanti finalizzati alla natalità? Se sì, quali sono i requisiti d'accesso? La misura è già attiva? Quante risorse sono disponibili?

Ambito: Immigrazione

EFFETTO ATTESO A: Integrazione sociale

37. La SdS/ZD favorisce l'integrazione degli stranieri extra comunitari mediante l'apprendimento della lingua italiana? Se sì, con quali e quanti strumenti? In particolare, esistono iniziative per favorire l'integrazione dei minori immigrati nell'ambiente scolastico?
38. Rispetto all'integrazione dei cittadini stranieri extra comunitari, la SdS/ZD favorisce la mediazione culturale attraverso una formazione specifica al proprio personale?

EFFETTO ATTESO C: Sostegno alla famiglia

39. La SdS/ZD svolge attività di mediazione nei confronti dei cittadini immigrati per accedere al mercato della locazione?
40. Nell'ambito dei consultori familiari, la SdS/ZD prevede servizi specifici di consulenza e formazione dedicati agli immigrati a sostegno delle responsabilità familiari? Se sì, attraverso quali strumenti?

EFFETTO ATTESO E: Accesso ai servizi

41. La SdS/ZD favorisce l'iscrizione sanitaria degli stranieri con permesso di soggiorno e la relativa fruizione di servizi sanitari? Se sì, attraverso quali strumenti?
42. La SdS/ZD promuove l'accesso ai servizi per soggetti immigrati? Quali per gli immigrati regolari e quali per quelli irregolari? Con quali modalità (sportelli integrati, accompagnamento individuale, campagne informative, progetti educativi, altro)?
43. La SdS/ZD favorisce l'accesso ai servizi di cittadini extra comunitari in condizioni di marginalità che si dedicano alla prostituzione? Se sì, in che modo?

EFFETTO ATTESO F: Prevenzioni dei rischi e gestione delle situazioni di emergenza

44. Nella SdS/ZD esistono strutture volte a rispondere alle emergenze abitative di soggetti immigrati? Sono rivolte esclusivamente agli immigrati regolari, o anche a quelli irregolari?
45. La SdS/ZD effettua monitoraggio e controllo dei cittadini stranieri senza fissa dimora?

EFFETTO ATTESO G: Riduzione delle condizioni di svantaggio economico

DOMANDA DI CONTROLLO: Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS/ZD prevede per gli immigrati alcuni fra i seguenti interventi (e quali)?

- sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative
- minimo vitale
- prestiti

- altri sussidi e agevolazioni (specificare)

Quali sono i requisiti per l'accesso? Serve la residenza? Ci sono domande in lista d'attesa?

Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Appendice C
Interviste a direttori di Società della salute e Zone distretto

1. Zona distretto Val di Chiana Aretina

Cortona, 9 dicembre 2008

PRIMA PARTE

Oggi vorremmo dedicare l'intervista alla profondità dei diritti sociali. Noi abbiamo individuato un campione di 8 unità amministrative, 4 SdS 4 zd, con vari criteri insomma, territoriali ecc. in modo da poter garantire un po' di rappresentatività al campione. Questa è la prima intervista con questo questionario per cui siamo ansiosi di avere i vostri commenti anche su come eventualmente tararlo ed aggiustarlo per le interviste future. Quando abbiamo concluso questo questionario, non abbiamo avuto alcun input dalla Regione per quanto riguarda la non auto-sufficienza che, come avrete visto, per quanto riguarda l'ambito anziani, alcune domande andrebbero ritirate. Questo è il cappello introduttivo, come preferite procedere?

Senta, noi avevamo preparato questa documentazione, ma ora abbiamo fatto il profilo di salute, l'immagine di salute, che è qui, i patti territoriali che saranno firmati la prossima settimana. Poi, siccome chiedevate anche un po' i costi, allora l'osservatorio provinciale, ha preparato tutta un'analisi di spesa sociale dal 2003 al 2006, quindi io vi darei questa che è completa e dettagliatissima e anche commentata.

Quindi il piano sociale è in via di preparazione?

Sì sì, ora siamo in corso di definizione degli obiettivi, in parte lo abbiamo fatto, in parte lo firmeremo la prossima settimana.

Prenderà già in considerazione l'iniziativa sulla non-autosufficienza, a questo punto.

Sì perché ci stiamo già lavorando, è un bozza perché la settimana prossima quando la firmeremo prima la discuteremo se c'è da fare delle integrazioni e poi insomma si firma.

Le dico come ci siamo organizzati, intanto avete visto già all'ingresso c'è il Punto Insieme, perché ogni Comune ha ai servizi sociali il Punto Insieme, poi a Camucia dove c'è il distretto socio-sanitario c'è il PUA, Punto unico di accesso, oltre il Punto Insieme, quindi fa anche da Punto Insieme. Quindi da tutti i comuni arrivano i fax al PUA, in cui c'è la presa in carico dell'utente, la scheda clinica del medico, e lì se non c'è viene soggettivamente richiesta. Quindi mandiamo tutto al PUA...(entra qualcuno) ecco la competente, Responsabile dei servizi sociali. Il PUA raccoglie tutte le domande e a Camucia ci sono altri 3 UVM, la centrale è a Camucia, poi c'è la sede di Castiglion Fiorentino e un'altra poi a Lucignano Marciano. L'UVM fa il piano, il progetto, viene discussa in sede di UVM con gli operatori, perché non si può fare sempre tutto insieme.

Poi bisogna convocare ogni volta il medico di base, per ciascun paziente...

Il medico di base è convocato sempre perché si compila la scheda clinica.

Ma questo all'ingresso, diciamo, cioè perché noi abbiamo inferito, diciamo, le procedure da documenti e la prima volta che data la novità del progetto ci sono a quanto capisco 2 possibili accessi allo schema, il primo è quando un familiare va al Punto Insieme e porta a conoscenza del Punto Insieme la situazione, l'altro è attraverso il medico di base...

Però la prima scheda di accesso è uguale, cioè sia che la compili il familiare, sia che la compili il medico, è una scheda anagrafica, il segnalatore può scrivere nella prima scheda quella lì.

Oppure è il familiare che va al Punto Insieme...

L'UVM si riunisce e convoca il medico curante che compila questa scheda qui, questa scheda clinica, da lì si vede se il paziente è completamente autosufficiente, o parzialmente, e si decide... noi abbiamo fatto un anno di sperimentazione, emettevamo solamente i casi complessi, da qui si vede se il caso è semplice, se è un caso sociale allora si rimanda ai servizi sociali dei comuni. Allora l'UVM dove fa parte il medico del distretto, i servizi sociali della AUsl, e anche i servizi sociali dei comuni in alcuni presidi. Ecco, arrivando alla segnalazione...

Quando si riunisce l'UVM?

Quando si riunisce l'UVM è sempre su segnalazione, valutando se il caso è totalmente di non-autosufficienza dalla scheda del medico curante, si va a fare la segnalazione e se ne parla con il distretto, i servizi sociali della AUsl, gli infermieri, la geriatra, a volte a seconda della patologia interviene anche la geriatra, dopo che è fatta la valutazione torna in UVM e si decide tutti insieme anche con i servizi sociali del Comune. Noi abbiamo scelto per la parte pilota tre funzioni dalla Regione, una è l'assistenza domiciliare della massiccia, perché finora l'assistenza domiciliare è stata fatta dai comuni, invece con i fondi della non-autosufficienza siccome è sostanzioso il malloppo, si può anche dare anche 18 ore a settimana, cosa che l'anziano a casa... il secondo è il contributo per l'assistenza familiare dei badanti, che alle badanti regolari viene dato un contributo tale da coprire i contributi assicurativi...

Quindi è una misura di emersione perché il costo resta comunque a carico della famiglia, c'è un'integrazione che varia i contributi?

Vanno fatti diversamente infatti vediamo anche la legge cosa ci dice.

Siete ancora nella fase sperimentale o è già partita?

La fase sperimentale si è conclusa a ottobre. Il finanziamento l'abbiamo finito a ottobre, abbiamo finanziamenti nuovi settembre-dicembre 2008 e poi non sappiamo per il 2009, però ad oggi non abbiamo le direttive precise della Regione perché oggi la legge regionale dovrebbe andare in consiglio. Sì perché andava il 29 ottobre, ed era slittata, poi ci sono stati anche problemi, ecco lì ci dovrebbero essere scritte proprio tutte le direttive. (altra persona): Quindi l'altra soluzione è il temporaneo che abbiamo con questo fondo, abbiamo 3 posti, chiaramente abbiamo fatto questa offerta a tutti quelli che erano in lista.

Quindi avevate una lista di attesa per le strutture residenziali?

Avevamo una lista di attesa che di 30 persone.

Ultrasessantacinquenni perché stiamo parlando di questi, perché in questa fase solo ultrasessantacinquenni.

Quindi abbiamo richiamato tutti rivalutando la situazione anche perché in questo momento la Regione non ci sta dando più niente. E quindi diversi hanno rinunciato anche se non sono tanti, alcuni hanno preso un domiciliare, e i 3 posti temporanei che abbiamo nelle strutture convenzionate quindi non con gestione diretta, dei comuni, quindi le strutture...alcune già viste, Cortona, alcune già convenzionate con la AUsl...abbiamo dato già un sacco di risposte, cioè...per lo meno nella fase acuta della persona anche ora, smaltendo la lista, io fino alla settimana scorsa sono stata con 2 posti vuoti (incomprensibile) perché la gente: è disattrezzato, la badante brava, 3 mesi fa c'era una bagorda poi... io di 5 o 6 persone che in questo momento ho in lista sono stata 10 giorni con 2 posti vuoti perché nessuno voleva entrare. Ecco l'unica lista che ho diciamo che la gente che è in lista vuole la struttura di Camucia. E si spiega perché. Camucia è Cortona bassa.

È quello convenzionato o è a gestione diretta Camucia?

Abbiamo una gestione diretta come Cortona che è nuova, convenzionata. Era per 6 posti, noi l'abbiamo a 9. Perché Cortona è il comune che ha più abitanti, la struttura è nuova, e quindi piace ovviamente mentre le altre strutture della AUsl, Castiglion Fiorentino e Lucignano, sono strutture ristrutturata ma comunque situate in palazzi vecchi, tipo questo, che è bello quanto vuoi però scomodi scale, pedane, però il corridoio bello con le porte gialle...quindi, uno perché la struttura è nuova ed è più bellina, due perché la maggior parte della popolazione è di Fiume di Cortona e quindi vuole rimanere nel comune. Quindi è una lista d'attesa di 5 persone quindi ovviamente avendoli chiamati tutti 10 giorni fa le persone che ne hanno veramente bisogno ci entrano.

Si sta parlando dunque di soggetti, in livello 5, il più grave in assoluto per avere la residenzialità e totalmente non autosufficienti e con problemi di comportamento?

Non autosufficienti può essere per motivi di mente.

Ma non in stato vegetativo?

Anche. Perché parzialmente noi cerchiamo sempre di dirottarli nelle strutture miste, comune di Foiano, comune di Cortona, perché avendo una parte di autosufficienti...però parzialmente o anche non autosufficienti per problemi motori. Perché fondamentalmente ce ne sono pochi...

E su questi non avete liste di attesa, sono tutti che vanno nelle strutture miste ecc. ecc.

Nella struttura unica. Nel momento della valutazione si cerca compatibilmente con la scarsità dei posti di indirizzarli nel posto più giusto. Per dire, quando non si può, non si può, però ci si prende cura non appena c'è un posto disponibile si fa marcia indietro per non dare il posto a uno di fuori.

Dal momento in cui entra la domanda e viene compilata la scheda, al momento in cui voi offrite la soluzione, quanto tempo intercorre?

La Regione dice un massimo di 30 giorni, noi ce la facciamo in meno. A volte una settimana, massimo 20, 30 non sono mai. (altra persona): e poi se ci sono dei casi da attivare d'urgenza chiama l'ospedale e dice: oggi ti dimetti, e subito siamo in grado di attrezzarci. Concludiamo, quando c'è il Pua poi c'è il Paf, viene elaborato questo piano. (altra persona): Io mando a dire al responsabile del comune capofila, quindi qui a Cortona, e dal responsabile del comune di residenza dell'ospite il piano approvato, concordato. E vede, assistenza domiciliare diretta, numero di ore queste, la data... e mando questa comunicazione al comune capofila che tiene tutto il finanziamento, e al comune... finanziamenti che in via eccezionale non gli gestisce la Società della Salute, ma l'articolazione dei sindaci e con comune di Cortona capofila, sia nella fase pilota che ora fino a dicembre, poi in gennaio non lo so quel che succede.

Questo perché non siete ancora Società della Salute?

E forse non hanno neanche intenzione di diventarlo. Non si sa quello che decideranno, però ad oggi il comune capofila che tiene quindi tutte le schede, dà rendicontazione alla Regione, e tutta la situazione dei finanziamenti.

Dunque, c'è un Punto Insieme in ogni comune e ci sono 3 UVM, giusto?

E diciamo che quella centrale è l'UVM del distretto di Camucia e poi ci sono due succursali. Il problema è che per farne una, siccome le persone sono...c'è carenza di personale, pare che il 1° gennaio ne arrivino 2 perché io di 5 ne ho 2. Ho meno del 50% con un progetto che assorbe tanto più di prima, perché prima anche facevamo le valutazioni, però il nostro distretto non era coinvolto, veniva la geriatra, insomma ora è molto più (altra persona): anche perché ora ci sono molte più domande.

Quali sono i fondi allocati per il 2009?

Per il 2009 abbiamo mi pare 600mila euro, quindi abbiamo dislocato sempre sui servizi domiciliari contributi alle famiglie, sia per le badanti ma probabilmente anche alle famiglie che gestiscono gli anziani a domicilio, quindi...

Avete già previsto un intervento di questo genere per le famiglie?

Sì, come contributi ma avevamo visto anche nella bozza della Regione che anche la famiglie che si prendono carico degli anziani i contributi andavano comunque erogati, quindi abbiamo fatto questi 2 capitoli, mentre oggi ci sono 3 capitoli, sono entrate anche le quote sanitarie, c'è un'entrata specifica come ha chiesto la Regione e 3 capitoli specifici per questi fondi. La Regione ha attribuito alla AUsl 8 100 posti sanitari in più, quindi per la AUsl 8 sono 100, quindi per la zona Val di Chiana sono 7, quindi noi con 7 posti in più...

Pensate di esaurire la domanda?

Mentre prima l'utente arrivava e diceva io voglio fare domanda per l'area anziani, ora non lo può più dire, cioè può esprimere l'utente anche in quella scheda di accesso però è l'UVM che poi fa la valutazione sul piano più appropriato per quella persona. Si fa richiesta di valutazione UVM, qui all'inizio c'è stato un po' di...perché, cioè, io non posso dir la mia? Tanto che lo vuol metter lì, questo nella valutazione UVM esce fuori, però a livello generale diciamo non è bello.

Però attualmente i contributi diretti alle famiglie non ci sono, ci sono quelli per l'emersione delle badanti, mentre dal 2009 prevedrete anche dei contributi diretti alle famiglie?

Anche perché nella bozza c'era scritto così, ora, nel capitolo ce l'abbiamo messo, poi vediamo, o solo badanti, ora vediamo le indicazioni che arrivano, però insomma già in via di previsione li abbiamo dovuti un po' suddividere, poi tanto negli assestamenti si vede un po' come fare, volevo aggiungere che noi come zona è ormai da tanto che si lavora per tenere l'anziano a domicilio, ecco

perché abbiamo una lista d'attesa minima e un'alta spesa di servizi domiciliari come poi vedrete anche a livello regionale abbiamo un'alta spesa per servizi domiciliari.

Questo progetto di qualificazione del lavoro di assistenza familiare non capisco se sia regionale oppure se sia a livello delle SdS.

Senta, noi per gli assistenti familiari abbiamo sempre fatto i corsi, ma non è che la Regione ha mai dato dei finanziamenti specifici, ora lo stiamo facendo e questo è il quarto corso, e su sollecitazione soprattutto quando abbiamo iniziato dei sindacati. Quindi da allora con i sindacati, abbiamo lavorato poi anche con la provincia, in questi casi sugli assistenti familiari fatti anche diversi progetti nelle diverse zone, i medici di medicina generale e gli specialisti della AUsl, l'Associazione Donne Insieme. Ora stiamo facendo anche questo corso e sono circa 20 persone, nel precedente ce ne erano quasi 40, e però non sono le badanti che stanno giorno e notte dagli anziani, perché quelle...sono quelle donne che fanno assistenza quelle ore giornaliere, che quindi sono loro, ma ci sono state alcune che hanno fatto il corso e che poi hanno preso, che sono 50 ore quelle che facciamo noi quindi è una cosa misera, si rilascia un attestato e ora volevamo anche fare un piccolo albo comunale perché comunque a questo corso qui anche se è stato il comune di Cortona perché sollecitato dai sindacati qui della zona, dal centro per gli anziani, però si sono iscritti anche da Castiglion Fiorentino, quindi ecco faremo un piccolo albo e vedremo.

Quindi la Regione non ha previsto un titolo di spesa apposito per questa voce?

Per ora no, ma secondo me nella bozza c'era questo, metterò a disposizione dei finanziamenti per la formazione degli assistenti familiari, almeno era previsto, però, ecco, per ora no. Però anche la Provincia farà proprio con i finanziamenti europei e quindi anche loro ci saranno dei finanziamenti per un corso di assistenti familiari, addirittura loro daranno un voucher alle donne che partecipano quindi a quel punto diventa anche più facile. Noi ci siamo arrangiati con la collaborazione dei medici che vengono gratuitamente. Siamo un po'arrangiati così. Invece volevo dire per i Punti insieme, che noi abbiamo fatto l'inaugurazione il 22 ottobre, a questa inaugurazione avevamo invitato associazioni, sindacati ecc. e quindi lì era emerso da parte dei patronati in particolar modo la necessità di fare un incontro di informazione diciamo in modo da spiegare cosa erano i Punti insieme e i servizi che i comuni erogano, sicché il 29 ottobre abbiamo fatto questo corso a cui erano presenti tutte le assistenti domiciliari delle cooperative che fanno i servizi, sono loro che vanno per le case e portano le prime informazioni, poi c'erano tutti i sindacati e i patronati che fanno le pratiche quindi abbiamo un po' spiegato cos'era la non-autosufficienza, i Punti Insieme ecc. e poi avevamo anche consegnato, avevamo fatto quali sono i servizi dei comuni e le richieste che possono avvenire come, non so, il parcheggio per gli invalidi, una serie di informazioni e abbiamo messo tutto insieme, anche con l'obiettivo, e questo è venuto fuori anche nelle immagini di salute, di lavorare ulteriormente per costituire un opuscolo, su internet... un sistema informativo per poter avere tutti i servizi.

L'ultima cosa sull'autosufficienza, è previsto l'ISEE a livello regionale e dunque le soglie sono stabilite a livello regionale?

Per ora no, spero che nella legge regionale ci sia stabilito, perché sennò attualmente abbiamo il regolamento nostro di servizi che avevo dato che è in vigore dal 2003 e quindi lì abbiamo delle fasce che però...

Sono le stesse previste per i pasti a domicilio?

Sì, l'abbiamo modificato solo per quanto riguarda il contributo alle famiglie che era di 150 Euro e invece abbiamo aumentato a 165 e la compartecipazione per il costo del domiciliare.

SECONDA PARTE

Abbiamo il Centro ascolto Alzheimer, lì c'è la psicologa. L'esperienza più consolidata è sull'Alzheimer. Oramai si conoscono perché fanno diverse attività nei comuni, nei centri di

aggregazione sociale, stanno facendo il Cinema Alzheimer. Le famiglie spesso vanno al Centro ascolto Alzheimer, anche se non hanno patologie particolari. Nell'altro corso, per assistenti familiari che abbiamo fatto l'anno scorso, c'erano tante persone, oltre le assistenti familiari erano presenti anche dei familiari. Anche perché sono cinquanta ore per cui facilmente la gente può venire.

Per quanto riguarda i servizi residenziali, ne abbiamo ovviamente già parlato però in particolare, ci interessa sapere quali tipi di servizi vengono erogati e quante sono le quote disponibili.

Allora, noi fino ad oggi in tutta la zona della Val di Chiana abbiamo 70 quote sanitarie, distribuite tra tre strutture a gestione diretta e due convenzionate per il Comune di Cortona e il Comune di Foiano, ora ne avremo sette in più quindi i posti verranno aumentati alle strutture di Cortona e Foiano e abbiamo attivato anche la struttura di Lucignano e abbiamo dato le quote anche lì. Quindi queste tre gestioni dirette e alcuni posti convenzionati. Poi invece le strutture miste, Cortona e Foiano, gestione mista. Foiano è gestita da una cooperativa, mentre a Cortona sia dipendenti del Comune che cooperativa. E Lucignano col Comune, anche loro hanno dipendenti comunali e in parte cooperative perché hanno il centro diurno. Poi c'è la struttura privata. Due strutture private, abbiamo le suore a Cortona, come struttura privata autorizzata e una nuova struttura per anziani autosufficienti sempre a Cortona, privata che dovrebbe già essere autorizzata con il sopralluogo.

E' autorizzata o in convenzione?

Autorizzata a funzionare ma non in convenzione.

Questo è fuori budget, il costo è interamente sulla famiglia, quindi?

Abbiamo tre gestioni dirette e due convenzionate che ora diventeranno tre.

Abbiamo trovato tracce in alcuni documenti di un "servizio professionale socio assistenziale per anziani". Di cosa si tratta?

Servizio sociale professionale, manca la parola sociale. Servizio sociale professionale. Che è quello che si trova poi nel patto. Segretariato sociale e servizio sociale professionale. Sarebbero gli assistenti sociali. Tutto il lavoro degli assistenti sociali. Tutti gli ultra sessantacinquenni vanno lì. Prima diciamo che chi voleva andare in casa di riposo faceva domanda, ora no. Ora c'è il PUA. Anche perché di fatto prima bastava il certificato del medico curante per dire che si era autosufficienti, per entrare nella casa di riposo per autosufficienti. Ora invece è valutato direttamente dall'organismo.

Qui avevamo sperimentato, perché la Regione ci ha preso come zona per la sperimentazione. Dovevamo mettere i dati di trenta casi. E c'era questo approccio per tutti gli anziani. E vennero individuati trenta casi per somministrare la scheda, il malloppone veduto e riveduto. La sperimentazione è servita a questo.

E' dalla fase pilota che c'è questo coordinamento della presa in carico?

Dal primo Gennaio 2008, Novembre 2007.

Organizzate assistenza primaria temporanea contro l'emergenza per persone anziane in situazioni di marginalità, vitto alloggio vestiario?

Il vitto lo portiamo anche a domicilio se c'è necessità. Per l'alloggio in generale se c'è un anziano che per l'alloggio va o si requisiscono gli appartamenti. Il Comune ha fatto sei sette requisizioni di case popolari per necessità. Cerchiamo di reperire un alloggio, se non ha i soldi per l'affitto, comunque eroghiamo un contributo, indipendentemente da quelli regionali per le mensilità dell'affitto. Per il resto c'è la Caritas.

Questi contributi per l'affitto sono previsti dal regolamento oppure se c'è un problema voi intervenite?

Come bando ci sono i canoni di locazione, un bando che esce localmente in base ai contributi della Regione. Però mensilmente se una persona entra nei requisiti del regolamento. La casa è una priorità, quindi anche in via eccezionale dobbiamo darla. Per le emergenze che ci sono capitate, c'era un anziano che era in una casa di un parroco che stava per crollare, si è dato il contributo di affitto in attesa del bando. Si accompagnano così.

La zona prevede contributi all'anziano o alla famiglia sotto forma di voucher, buoni?

Ora abbiamo il contributo all'assistenza familiare, ma non è un buono. Nella nostra zona voucher buoni non ne abbiamo. Abbiamo sotto forma di contributi per gli anziani, non solo per il minimo vitale, o prestiti o affitti ma anche per contributi per utenze. C'è il contributo per l'acqua, per la nettezza urbana, per il riscaldamento. Tariffe agevolate sulle utenze. Nettezza urbana e riscaldamento sono da bilancio del Comune. Poi ci sono le nuove acque, cioè quella società che si occupa dell'acquedotto che mettono a disposizione dei fondi sociali. In più siccome è tutto in base a ISEE, per gli anziani è 7500 euro, se invece è una famiglia con anziani o disabili allora il tetto è più alto.

Ci sono liste d'attesa?

In realtà non ci sono liste d'attesa, perché c'è l'ISEE. Solo che i soldi sono pochi. Perché per esempio per le utenze abbiamo fino ad un massimo del cinquanta per cento della spesa sostenuta. Ogni anno dobbiamo decurtare. Perché poi diventa difficile. E va decurtato l'affitto quasi del settanta per cento. Le utenze stiamo raccogliendo ora le domande, ma decurtiamo un venti per cento.

Nei dati ISTAT abbiamo visto per Val di Chiana Aretina una spesa media nel 2005 di 416 Euro per utente preso in carico, però era segnata sotto forma di voucher e buoni. Quindi è mal classificata di nuovo?

Sono sempre contributi specifici per certe cose. Trasferimenti.

Questi buoni voucher non ci sono. Per quanto riguarda i disabili abbiamo una batteria di domande che è simile, che però riguarda i disabili. Sono previsti servizi e attività di promozione della salute fisica, della salute psicologica e relazionale come centri diurni ecc.?

Direi che per la promozione della salute fisica non ci sono delle provvidenze particolari se non l'assistenza sanitaria applicata dai medici di famiglia e dai pediatri quando si tratta di minori. Mentre per quanto riguarda le attività di promozione della salute psicologica sono ottemperate dalla presenza di un centro diurno per disabili adulti. Il problema di cui si parla spesso è che quando arriveranno i nostri ragazzini che stanno facendo le superiori usciranno che avranno diciotto vent'anni e il centro che abbiamo sono tutti tra i trentacinque e cinquanta.

C'è un problema di integrazione?

Bisognerebbe organizzare delle attività per i più giovani perché non posso unire il diciottenne al cinquantenne, anche per la famiglia. C'è una discrepanza tra quanto fatto in epoche passate con percorsi decisamente validi per degli adulti disabili e quindi per le loro famiglie attraverso questo centro diurno che è zonale. C'è una discrepanza tra questo e la nuova classe di disabili che sono ancora minori per poco o non lo sono più da poco, dove invece non abbiamo ancora dei percorsi. Percorsi che dovrebbero essere stabiliti in parte con le associazioni di auto aiuto delle famiglie, il cui ruolo sarebbe importante e percorsi che andrebbero rivisti nella loro nascita. Dovrebbero essere per forza patrocinati dai servizi, e invece i servizi sanitari e sociali della usl hanno ancora da partorire questo aspetto. Quindi la rete per i disabili minori funziona molto bene perché abbiamo da sempre ottemperato alle direttive regionali e quindi nell'ambito di minori il goif che è un organismo di articolazione dell'ente che si sviluppa in gruppi zonali funziona per le attività di promozione della salute, della loro integrazione nella comunità. Funziona molto bene la funzione delle ludoteche, come prevenzione di una patologia secondaria che si instaura nell'handicap.

Il problema è la fascia 18-30?

L'handicap non ha le risposte sufficienti nei servizi. Diversamente dal Nord Italia, dove curano l'appropriatezza del passaggio in cura tra servizi minori e adulti, non abbiamo questa realtà di un servizio per le disabilità. Dunque accade una cosa: il disabile che diventa adulto in qualche modo perde la mamma e il padre, cioè perde il servizio sanitario, non perde il sociale. Ma il sociale senza il sanitario, di fatto non può fare da padre e madre. Non può dare tutto ciò che serve a qualcuno che ormai è adulto e ha bisogno di un percorso occupazionale. Anche la differenza tra il percorso che il minore fa nell'integrarsi a scuola e nelle attività del territorio, questo è, siamo abbastanza soddisfatti. Mentre il problema si sposta nell'inserimento occupazionale. Il centro diurno, badate raramente si occupa dell'inserimento occupazionale. Normalmente il centro diurno degli adulti gravi che di fatto hanno rinunciato a dei percorsi occupazionali, quindi il problema dei disabili che diventano adulti è nell'integrazione nella comunità con percorsi di rieducazione all'autonomia personale e sociale. Anche perché il mercato del lavoro se è difficile per i giovani sani, ancor più per i disabili. L'assorbimento dei corsi di preformazione della Provincia sono minimi. C'è un ragazzino di Terontola che si alza la mattina alle cinque, quindi c'è anche le aziende, la Provincia dovrebbe sensibilizzare le aziende. Gli inserimenti sono pochissimi.

Ho letto un focus del Corriere della sera, che diceva che la maggior parte delle aziende è inadempiente rispetto agli obblighi di legge. Non ci sono attività dedicate di inserimento lavorativo, progetti di questo tipo?

Sì, ci sono. La preformazione al lavoro. La preformazione al lavoro se ne occupa la Provincia. Nel percorso del minore quando arriva al termine della scuola, intesa come la maggiore età, il gruppo operativo ne fa un progetto se ci sono abilità per la preformazione. Quindi viene avviato fatto conoscere agli operatori della provincia e poi inizia un percorso secondo l'ambito individuato dal gruppo operativo multidisciplinare. Poi ci sono tutti gli inserimenti socio terapeutici per ragazzi disabili, quindi fanno gli interni degli uffici. In più anche come Comune con la cooperativa di tipo B abbiamo fatto diversi inserimenti, poi alcuni sono stati assunti.

Anche sulla salute mentale c'è un progetto che abbiamo mandato alla Regione per la raccolta differenziata dei rifiuti. Però comprende disabili, salute mentale, disagio. Con le cooperative di tipo B volevamo valutare l'opportunità di inserire queste persone. Abbiamo chiesto un finanziamento alla Regione, ora vediamo. Questa è una risposta concreta ad un problema che supera la zona.

Questo progetto che a volte si trova citato come "dopo di noi" è attivo nella zona ?

Noi abbiamo intanto dei finanziamenti legati alla AUsl, per l'assistenza a questi ragazzi che vanno

al centro di socializzazione che hanno avuto bisogno durante la notte. Poi nel 2004 c'è stato un finanziamento specifico che la Regione ha dato attraverso il piano sociale di zona, per la costruzione di una struttura del "dopo di noi". Ad oggi il nostro dopo di noi è occupato dal centro di socializzazione perché si dovrà trasferire nella casa della salute.

Comunque abbiamo sempre provveduto, avevamo addirittura, nel 2005, il comune di Cortona aveva requisito un appartamento a Camucia, messo a disposizione per queste situazioni un po' particolari. E l'abbiamo utilizzato come "dopo di noi".

Questo che diceva finanziato nella prima fase, dov'è fisicamente?

A Castiglion Fiorentino e si chiama Casa di Pinocchio.

Noi per i disabili adulti mentali abbiamo il centro diurno, ovviamente il centro diurno è una struttura per la salute mentale ed è una struttura che agisce negli ambiti dei progetti individualizzati. E' una struttura, che ha terapisti infermieri, però con programmi individualizzati. Mentre per quanto riguarda i disabili fisici progetti individualizzati non esistono. Per quanto riguarda i minori, per la salute mentale abbiamo avuto dei finanziamenti della Regione toscana e dal 2002 abbiamo effettivamente svolto dei progetti riabilitativi individualizzati per minori. Ad esempio musicoterapia, teatro, arte grafica, attività motoria. Sempre per disabili minori neuropsichici. Siamo nell'ambito della disabilità intellettiva, indipendentemente dalla causa e dal percorso sanitario. Siamo riusciti a rispondere con questi progetti nella fascia 0-18.

La mia domanda era per la disabilità motoria o fisica, non ne è a conoscenza perché non è il suo settore di intervento oppure ci sono meno attività?

Secondo me ci sono ma solo da parte di volontari e associazioni, rispetto alla disabilità motoria. Loro non fanno riabilitazione, ma solo socializzazione.

Ci interessa, perché non analizziamo tanto gli aspetti sanitari ma quelli di integrazione sociale.

Per quanto riguarda la socializzazione, tutti i progetti fatti (calcio, teatro) sono sempre stati fatti da Comuni e AUsl e Associazioni con le famiglie. Si è promosso parecchie attività nel territorio. Poi per i disabili abbiamo l'Associazione amici di Vada e anche loro si occupano di disabili in generale. Loro svolgono molte attività come feste, gite. E' un'associazione zonale.

Sopravvive grazie ai contributi?

Hanno finanziamenti dai privati. Noi come comune annualmente gli diamo dei contributi. Ma fanno le lotterie, c'è Jovanotti che sponsorizza le loro attività. Fanno campeggi estivi a Vada, al mare. Sia disabili che il centro diurno hanno fatto queste attività. Diciamo che questa associazione e l'altra che è a Castiglion Fiorentino che comprende progetti di volo, su piccoli aerei da diporto, si rivolgono di più a disabilità motorie. Per i bambini, oltre all'assistenza a scuola, c'è il sostegno dei progetti educativi, sempre condivisi con la dottoressa. Abbiamo visto che quei ragazzini che hanno partecipato alle attività, perché facciamo attività anche per i bambini da tre anni in su, viene registrato un cambiamento notevole. Però dobbiamo essere sinceri, tutto questo riguarda Cortona. Nel senso che ci sono cinque comuni e gli altri quattro non sono come il Comune capofila, cioè non riescono a dare risposte così articolate. Questa realtà è particolarmente bella e integrata.

Anche la realtà associativa?

No, la realtà associativa no. L'unica associazione esistente ha invece sede nell'altro comune. Amici di Vada serve un po' tutto il territorio. A Castiglion Fiorentino c'è un'altra associazione più legata a famiglie di minori. Mentre l'amici di vada risponde a bisogni di disabili adulti. Mentre

l'accoglienza e la salute mentale a livello zonale. Poi c'è una terza associazione che si chiama Accoglienza che comprende famiglie di disabili psichiatrici adulti.

E' presente nella zona di distretto un servizio di assistenza domiciliare specifico per i disabili?

Nel profilo di salute troverete una pagina sull'integrazione scolastica di minori. Il numero è lievemente abbassato dei disabili perché c'è stata una direttiva nazionale nel frattempo che richiede l'attestato di legge 104 perché i minori possano usufruire di un piano educativo individualizzato. E quindi il numero si è abbassato, ma siamo sempre sopra i 100. Qui abbiamo 8000 minori, il 4,5 % di questi minori afferiscono ai servizi sanitari. Quindi la disabilità minorile è quella cui vengono date più risorse. Mentre la condizione del disagio, che distinguo dal disturbo e dalla disabilità, è quella in cui dobbiamo più crescere, perché è meno ravvisabile e non abbiamo abbastanza personale. Ripeto, a mio avviso è una questione di mancanza di risorse e di personale. Invece, l'integrazione dei disabili nella scuola e nella rete educativa extrascolastica è ben fatta. Nonostante le penalizzazioni arrivate dal miur, restrizioni di insegnanti di sostegno ecc. la zona, tutta intera, riesce a rispondere con una presenza degli specialisti anche dentro la scuola e con questo organismo che è il GOIF che vede tantissimo le integrazioni. La situazione di disabilità minorile viene presa in maniera puntuale. Per le società sportive si rende disponibile per inserire ragazzi.

Il servizio domiciliare viene erogato al di fuori del fondo per la non autosufficienza quindi rientra nei servizi a carico dei bilanci dei comuni con finanziamenti della Regione sul fondo indistinto. Sono servizi che con l'assistente sociale viene valutato, o servizi alla persona, o in casa, nei normali servizi di assistenza domiciliare. La domanda viene soddisfatta completamente. C'è la cooperativa che gestisce i servizi, poi le misericordie per i trasporti.

Ci sono servizi di riabilitazione individuale per i disabili, assimilabili alla assistenza provinciale socio sanitaria che abbiamo visto per gli anziani ?

No. La riabilitazione è carente.

Quindi se un soggetto disabile viene sottoposto ad attività di riabilitazione è perché la famiglia se ne fa carico e cerca la struttura. Sul trasporto può essere fatta la richiesta al comune o alla AUsl?

Esistono trasporti sociali e sanitari per strutture riabilitative convenzionate.

La AUsl, questi servizi di trasporto, li fornisce attraverso le cooperative o ha anche una struttura interna?

Con le misericordie.

Per quanto riguarda la questione di rimozione delle barriere architettoniche esistono contributi o interventi diretti per la riduzione di barriere architettoniche domiciliari?

Con i contributi della Regione, in base alle domande. In genere ci saranno sette o otto domande in tutta la zona. La Regione attualmente non vengono ricoperte queste richieste. Quest'anno su quattro richieste ne abbiamo erogate tre, al quarto abbiamo dato contributi economici. In genere si tratta di servoscale, ascensore, adeguamento dei bagni.

Si tratta di contributi regionali?

Sì. Qualche volta quando ci sono i soldi ci abbiamo messo anche un po' dei bilanci dei comuni, quando invece come quest'anno non ci sono...

Non è stata attivata la gestione associata?

No.

Nella Zona distretto viene svolta attività di mediazione per l'abitazione, in particolare per i disabili?

Queste le gestiscono i comuni, nella normalità. Poi dopo comunque i disabili hanno dei punteggi, sia per l'ISEE che per le case popolari. In base alla loro patologia hanno dei punteggi. Ma vengono gestiti normalmente, tranne casi eccezionali.

Quali iniziative sono state attivate per incrementare l'informazione e l'accesso ai servizi esplicitamente dedicate ai problemi della disabilità?

Noi abbiamo fatto nel 2003 tutto un opuscolo con tutte le informazioni per i disabili. Dalla nascita, le informazioni su tutti i servizi. Questo nel 2003, poi è rimasto quello. Dopo c'è stato il regolamento dei servizi sociali che riporta i vari servizi. Anche perché tutti questi opuscoli hanno un costo. Quindi sarebbe bello poterli fare, ma hanno un costo.

Ci sono servizi di assistenza, formazione, consulenza?

Sulla salute mentale, forse li stanno avviando. Ma in realtà ancora non li hanno avviati. Sui ragazzi speciali lo fanno.

Quali servizi residenziali per disabili sono presenti nel territorio della zona?

Siamo ricchissimi di queste strutture. Noi abbiamo qui la residenzialità per disabili. Il progetto di residenzialità per minori lo fa il gruppo operativo multidisciplinare della zona. Ogni zona ne ha uno. Poi questa domanda viene inoltrata ai coif provinciali. Chiaramente esistono strutture per minori e strutture per adulti. Nella nostra AUsl c'è soltanto una struttura. Veramente per minori non c'è neanche. C'è a Gazzi che è tipo convitto. E' un semiresidenziale. Noi nella zona abbiamo strutture semiresidenziali diurni per minori. Per minori ci sono due strutture grosse nella zona della usl 8. Sono centri semiresidenziali. La pratica è sempre la stessa. E' il com che fa il progetto, lo ratifica e lo invia al coif provinciale. Di strutture per i disabili adulti ne abbiamo tante. Nella nostra zona ne abbiamo tre con un centinaio di posti letto. Di queste tre, due sono convenzionate per una per tre posti ed una per cinque posti. Quindi abbiamo otto posti per disabili adulti. In questo momento addirittura due sono vuoti. Gli altri posti sono occupati da usl di tutta Italia.

C'è un'utenza vostra che entra e usufruisce delle strutture. E la retta è a completo carico della famiglia?

Noi ne abbiamo avuto uno. Io ho un auto-sufficiente. E ho un'altra persona nei non auto-sufficienti per cui faccio integrazione retta. Dove non arrivano c'è una compartecipazione retta.

Ci sono un centinaio di posti quindi, che però sono in minima parte coperti da soggetti residenti nella zona. Sono coperti da altre zone d'Italia.

Sì, Non c'è lista d'attesa.

Anche qui sono pochi i casi?

Io ho attualmente un caso di compartecipazione e una auto-sufficiente che è a totale carico del comune perché non ha una rete familiare dietro. Io intendo come Cortona. Ma anche a Castiglion Fiorentino non ce ne sono.

Ci sono servizi di trasporto per disabili?

Abbiamo quelli sanitari, poi abbiamo per i disabili il trasporto scolastico. Sì, ce l'abbiamo. Per le scuole superiori abbiamo dovuto utilizzare un trasporto specifico per un ragazzo disabile con le associazioni di volontariato, a Cortona. Ma anche gli altri, addirittura abbiamo ragazzi di Foiano che vengono alle superiori qui a Cortona. Prendono il pullman e scendono qui in piazza, e per accompagnarli a scuola il Comune paga un accompagnatore per accompagnarli fino a scuola.

Lo scuolabus è in tutta la zona?

Sì.

Come accesso ai servizi, esistono interventi di riduzione delle barriere architettoniche aggiuntivi rispetto a quelli disposti dalla Regione, però non di tipo domiciliare? Stanziati dei fondi o ci sono interventi? Sappiamo che alcuni interventi sono pagati dalla Regione. Questi effettivamente arrivano, ci sono?

I montascale ci sono. I finanziamenti sono di due tipi. Uno prevede la pratica alla AUsl (per il montascale).

Non intendiamo interventi domiciliari, ma per l'accesso agli edifici pubblici.

Sono sempre stati effettuati al momento delle ristrutturazioni. Perché poi si dovrebbe fare questo piano, che però non è ancora in formazione. Ci sono stati dati gli incarichi. Noi alcuni anni fa abbiamo fatto una rilevazione sull'accessibilità agli edifici pubblici e risultava più o meno tutto accessibile.

Nel nostro comune c'è l'ascensore. Il museo ha percorsi specifici. D'altro canto spesso è difficile abbattere barriere soprattutto nelle zone artistiche. Ad esempio a Lucignano la casa di riposo trova difficoltà enormi. Tutto quello che si sta ristrutturando viene fatto senza barriere. A Camucia si è fatto un progetto con i bambini sulle barriere architettoniche nei marciapiedi. L'abbiamo fatto vedere ad un assessore dell'ufficio tecnico che ne ha tenuto conto quando sono stati fatti i lavori.

Sono attive strategie di coordinamento della presa incarico, analoghe al PUA ma dedicato ai disabili?

Sì, predispongono i progetti e poi quello che è sanitario e sociale si integra.

Sono state elaborate strategie per aumentare la percezione del bisogno di disabili che vadano oltre il semplice sportello a cui l'utenza si deve rivolgere? Servizi di monitoraggio per intercettare realtà sociali di marginalità che non accedono ai servizi, in cui voi andate a cercare sul territorio?

Spesso si va a cercare, ma non vogliono niente. Anche negli inserimenti lavorativi, certe volte per ragazzi giovani si è insistito e la famiglia non ha voluto. In genere la situazione ce l'abbiamo perché più o meno si sa quali sono i disabili. Però spesso è difficile farli uscire da casa.

Forme di integrazione con i servizi scolastici per le diagnosi precoci?

Questo in realtà l'abbiamo. C'è la dott.ssa Petrillo. Già dalla nascita i pediatri fanno subito la segnalazione. Il resto nella fase scolastica.

Immagino anche una disabilità che si verifica con un incidente, che però rischia di rimanere latente in età adulta. E magari sono proprio quelli che rischiano di voler rimanere nascosti. Per un possibile problema di accettazione della disabilità stessa.

La persona che subisce la disabilità, per ovvi motivi si rivolge alla commissione per invalidità civile. Perché gli da dei benefici economici.

Se non ha un verbale che riporta un punteggio di invalidità la carrozzina non la danno. Quindi quasi per forza si devono sottoporre all'accertamento della disabilità. Sono convinta che sia loro interesse farsi conoscere.

Perché prima ha detto è difficile andare a trovarli, si nascondono?

Quelli che si nascondono sono persone con l'handicap psichico di una certa età. Oggi non succede più. Oggi chi nasce ha un percorso per cui non può sfuggire. Oggi le famiglie hanno un'altra cultura. Nella nostra conoscenza so che quattro o cinque persone di questo stampo, ci sono. Sparsi per il comune di Castiglion Fiorentino. A Cortona non lo so. E questi sono stati nascosti perché era quasi una vergogna anni fa.

Siete in grado di offrire l'assistenza in casi di emergenza per i disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali?

Si

Voucher o buoni?

No.

Contributi. E vale ciò che è stato detto prima: sussidi per l'alloggio ecc. Questi valgono per tutti?

Sì, abbiamo un regolamento valido per tutti.

Cambiano le fasce di accesso?

No, sono tutti uguali. Nel caso dei disabili la soglia ISEE viene aumentata.

Lasciando l'ambito della disabilità, potete descrivere l'attività del consultorio familiare?

In questo caso c'è un'attività integrata, perché spesso si rivolgono al nostro consultorio donne con queste problematiche. E' chiaro che però facciamo riferimento ai servizi sociali nei comuni, perché non abbiamo un assistente sociale dentro al consultorio, che farebbe da filtro rispetto ai servizi che devono garantire i comuni.

Fate una segnalazione?

Se arriva una persona, una famiglia con questi problemi. Si fa una sorta di colloquio. Di solito è l'operatore che si trova a fare l'accoglienza, infermiera, ginecologo ecc. Su quella base ci si mette in contatto con gli altri e si fa un invio a quell'altro servizio. Se ci fosse un assistente sociale all'interno del consultorio come in altre realtà questo sarebbe più semplice.

Poi va di nuovo al Punto unico d'accesso?

Il Punto unico d'accesso è solo per gli anziani ultra sessantacinquenni. Lì si fa un po' di tutto. Addirittura neanche i disabili. Solo anziani.

Voi segnalate queste situazioni?

Si fa proprio una presa in carico. Perché siamo noi che ci mettiamo in contatto con l'assistente sociale del comune e casomai ci può essere anche un ritorno. Mentre viene gestita la gravidanza, i servizi sociali provvedono alla sfera sociale.

Non siamo in grado di fare mediazione familiare. Per l'aspetto di psicologia facciamo riferimento al dsm. Ci sono con la delibera 259 della Regione toscana ci sono stati dati finanziamenti per riorganizzare le attività e lo stiamo facendo. Anzi il consultorio come struttura principale dovrebbe essere inserita all'interno della casa della salute che sta per essere completata. E sulla base della struttura è stato fatto anche un progetto di riorganizzazione delle attività. Speriamo di poter avere anche gli operatori che ci permettano di fare anche assistenza psicologica all'interno del consultorio. In questo momento facciamo riferimento ai servizi AUsl.

I consultori quanti sono nella zona ?

Uno. In realtà che ha tre sedi principali. Una a Castiglion Fiorentino, una a Foiano e una a Camucia. Poi ci sono altre sedi distaccate, a Mercatale. Le tre sedi con il ginecologo che hanno l'opportunità di prendere contatti con i servizi sono quelle tre.

Il consultorio risponde molto bene sul piano sanitario. Per la capacità degli operatori, ostetriche, infermiere e ginecologi presenti. Non riesce a rispondere, per mancanza di personale dedicato, a tutte le istanze che invece voi chiedete nel questionario.

L'assistenza psicologica non si riesce a erogarla. Viceversa l'attività di filtro con gli altri servizi di rete e di raccordo operativo è molto buona perché gli operatori sono formati e quindi utilizzano le risorse invisibili al posto di quelle visibili.

Quali servizi vengono erogati per l'assistenza di donne o minori soggetti ad abuso, gestanti o madre sole in difficoltà?

Faccio un esempio. La classica ragazza che viene per un'interruzione di gravidanza perché ha dei problemi sociali gravi, seri. Automaticamente viene accolta e se lei effettivamente ha problemi sociali, per cui attraverso un colloquio con i servizi sociali si riesce a trovare una mediazione, si fanno delle proposte, delle offerte. Ora qui in zona, siccome c'è un'altra domanda per eventuali strutture, non abbiamo grandi strutture. Abbiamo a Camucia un appartamento per donne e minori in temporanea difficoltà.

In casi di violenza familiare per cui si rende necessario l'allontanamento ?

Sì, è un appartamento con otto posti letto, gestito dall'associazione donne insieme.

Tornando all'esempio della minorenni?

Minorenni è un altro argomento. Però ci sono stati casi di questo genere. Ragazzina straniera che fa la badante a casa dell'anziano, non più minorenni per pochi mesi che resta in stato interessante. Se ne accorge al sesto mese, è sola e richiede degli interventi. A lei che cosa si offre ? Con lei abbiamo cercato di parlare a lungo. So che i servizi sociali l'hanno aiutata in questo senso anche dal punto di vista economico, che le hanno permesso di pianificare anche con la mamma, il ritornare al proprio

paese, dove si sapeva che avrebbe avuto assegni mensili per il bimbo. Si è riusciti a pianificarle il futuro. E' stata trovata una pianificazione per darle una mano. E allo stesso tempo questa ragazza non aveva mai fatto una ecografia al sesto mese di gravidanza. Tutto ciò l'abbiamo fatto insieme. La possibilità di fare i vari controlli e esami.

Oltre all'alloggio protetto. Ci sono case famiglia nella zona?

Ad Arezzo. C'è la struttura del Pronto Donna. E' un'altra zona. Però comunque in casi di necessità negli abusi, possiamo accedere. Si paga, però si accede a quelle strutture là. Non abbiamo tanti casi.

Avrete minori in affido che il tribunale dei minori allontana dalla famiglia...

Ci sono o gli affidamenti familiari o la casa famiglia a Parsignano.

Case famiglia per minori ci sono?

Sì, ma fuori zona. Nella nostra zona non ce le abbiamo. Abbiamo solo un caso. A parte minori stranieri non accompagnati.

Ci sono servizi specifici di consulenza per gli immigrati?

No, e aggiungerei per fortuna. Perché mi sembrerebbe una ghettizzazione. Se c'è una struttura per gli italiani deve esserci anche per gli stranieri. L'unico servizio è quello di mediazione culturale. Abbiamo la possibilità per esempio di avere delle reperibilità in tempo reale, sia per le traduzioni, sia per la mediazione. Non ci sono strutture che riguardano esplicitamente gli immigrati e non ci saranno. Anche se obiettivamente la Regione ci ha chiesto con la 259 anche servizi per immigrati.

Vorreste offrire lo stesso servizio?

Certo.

Non avvertite delle necessità diverse? Il servizio di mediazione cosa effettua?

L'esempio classico. Interruzioni volontarie di gravidanza. Noi non riusciamo a raggiungere bene le donne straniere per l'informazione riguardo ai servizi. Poi una volta data la corretta informazione sui servizi è più semplice fare prevenzione in certi ambiti. Non riusciamo per esempio a far venire le donne straniere ai nostri corsi di accompagnamento alla nascita. Questo non ci aiuta per esempio, all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita abbiamo inserito un incontro sul tema della genitorialità, che si ripropone anche nei vari livelli successivi. Questo è un passaggio fondamentale per la comunicazione con i genitori. In quell'occasione abbiamo una grande opportunità di far capire alle donne e anche ai compagni che vengono che noi ci siamo come servizi, che se hanno bisogno di noi, siamo lì per accompagnarli. Io avverto una grossa difficoltà di comunicazione nei confronti degli stranieri. Se ne è parlato anche con la commissione per le pari opportunità per cercare di capire come raggiungere al meglio le donne straniere. La presenza maggiore qui è di arabe e rumene. Le rumene però sono meno disponibili. Per l'interruzione di gravidanza loro vengono solo per interrompere la gravidanza. Ci sono persone che culturalmente non sono abituate ad utilizzare i servizi. E noi siamo invece nell'ottica di doverci muovere in questo senso. Perché dopo arrivano persone che non hanno fatto controlli sanitari. Ci siamo trovati in situazioni anche difficili nelle situazioni dei bambini nati. C'è un tasso di malformazioni piuttosto elevato. E questo anche grazie alla poca osservanza e poca conoscenza di quello che il nostro territorio riesce ad offrire. Siamo una delle poche regioni che riesce bene nei protocolli di gravidanza. Gli esami gratuiti durante tutta la gravidanza, ma c'è chi non li utilizza. Ci sono queste donne che sono

svantaggiate nell'informazione che non li usano perché non ci credono o non sono interessate. Donne arabe che fanno l'amniocentesi non ce ne sono. Anzi si oppongono. Perché la loro cultura dice che non si può. L'assurdo è che sono i mariti che insistono con le mogli per farla. In realtà sono gli uomini che stanno facendo una sorta di azione nei confronti delle donne che non vogliono fare gli esami.

Abbiamo espresso questa difficoltà nell'interagire con le donne straniere. Ed una delle proposte è stata proprio di andare nelle loro comunità a fare un'azione di informazione rispetto soprattutto ai servizi. Poi vedere come ci si può allargare. D'altronde è tipico delle popolazioni migranti essere scarsi utilizzatori di servizi. L'unico modo per invertire questo trend è mobilitarsi, soprattutto con i minori. Il problema della dispersione scolastica.

Noi siamo sempre stati sempre in contatto con l'associazione islamica. Tra l'altro abbiamo dei centri di integrazione dislocati sul territorio.

Passiamo all'ambito famiglie e minori. Quali servizi educativi alla prima infanzia 0-2 anni sono presenti nella zona?

Tutti i comuni hanno gli asili nido. Poi servizi educativi integrativi a 0-2 anni, esclusi gli asili nido non ne abbiamo.

Noi a Cortona abbiamo la lista d'attesa, anche avendone aperto un altro. Ci sono genitori che non riescono ad avere l'asilo nido. Poi uno durante l'anno li chiama, quindi si sono un po' attrezzati.

Non riuscite a coprire tutta la domanda?

No. Sui nidi no.

Con che percentuale, secondo lei?

Ora di preciso non mi ricordo. C'era scritto da qualche parte, ma non lo ricordo. Comunque c'è una bella lista anche qui. Ora dovrebbero fare anche nidi aziendali. Parlo di tutta la zona.

Nidi famiglia, micro nidi, etc. ?

Non ci sono. C'è stata qualche anno fa un'associazione che aveva bambini piccoli, ma non aveva requisiti. Quindi ha dovuto prendere la fascia di bambini più grandi. Perché non aveva strutture adeguate.

Per i nidi i requisiti per l'accesso sono legati all'ISEE?

No. A fasce c'è una quota fissa e poi dipende dall'orario. Per la graduatoria d'accesso si tiene conto se i genitori lavorano o se c'è una rete familiare.

Ogni comune ha un regolamento diverso. Perché i nidi sono gestiti dall'educativo, non dal sociale. Ci sono alcuni nidi che sono anche privati. Però io ho parlato prima in generale. I nidi privati della Cooperativa Koinè sono convenzionati con il comune per alcuni posti.

Servizi educativi per minori (oltre 0-2) ci sono? Di che tipo e con quali risorse vengono alimentati?

Abbiamo le ludoteche. Però in altri comuni non ci sono. Parlo qui di Cortona. Perché le ludoteche le abbiamo da dieci anni. In più facciamo le attività estive a partire dai 3 fino ai 15 anni. Poi abbiamo lo spazio compiti, che abbiamo ampliato negli ultimi due anni. Nello spazio compiti c'è un'alta percentuale di bambini immigrati, mentre nelle ludoteche sono pochi.

Questo è sociale o educativo?

Sociale. Mentre l'educativo fa delle attività tipo estate in piscina. Poi abbiamo un centro di aggregazione giovanile, che sta per aprire anche a Castiglion Fiorentino e a Foiano.

Se un ragazzo di un comune diverso da quello di Cortona volesse frequentare questo centro. E' possibile? Ci sono dei vincoli?

Il Comune ha dato nel corso degli anni delle priorità. I bilanci sono separati. Ogni comune, in base ai bilanci... Per le attività estive li prendiamo anche dagli altri comuni se sono della zona val di chiana. Poi se sono genitori che lavorano qui anche se sono dell'Umbria li prendiamo. Per le ludoteche non abbiamo mai avuto richieste. Anche dalla zona del lago.

Ci sono attività di assistenza familiare per famiglie con minori?

Sì. Ma solo assistenza con minori o sostegno educativo domiciliare. C'è un monitoraggio con la famiglia soprattutto per i casi segnalati dal tribunale oppure il bambino viene portato in ludoteca per allontanarlo dalla famiglia.

Quanti casi avete di questo tipo?

Con i bambini in disagio, oppure famiglie che hanno settore dipendenza? Saranno in tutta la zona una ventina di famiglie.

Dipende dalla situazione. L'assistente familiare può andare nella famiglia per sostenere il bambino, ma anche la famiglia in generale. La frequenza è due o tre volte alla settimana, o addirittura tutti i giorni.

La zona prevede il trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo?

Sì. Lo scuolabus è per tutti. Ci sono le rate per pagare i trasporti, poi ci sono gli esoneri in base all'isee.

Quali attività svolgete e quali servizi offrite per donne o minori soggetti ad abuso?

Per donne soggette ad abuso, oltre al consultorio c'è questo Pronto Donna ad Arezzo, con cui siamo collegati. E' una struttura unica. C'è anche un numero di telefono e loro hanno degli psicologi. Se c'è una qualsiasi cosa la segnalazione gli assistenti sociali la fanno al pronto donna. Questo pronto donna ha degli psicologi ecc. ecc. Anche delle case rifugio c'è una situazione di tutela di queste donne. E' un progetto prevalentemente provinciale, con sede ad Arezzo.

Ci aspetteremmo che fosse di zona, invece è provinciale?

Delle "pari opportunità", prevalentemente.

Sovvenzionate comunità protette per madri e gestanti?

Questo sì, sono situazioni che sono in strutture diverse. Se c'è da pagare una retta, va sui bilanci dei comuni.

Erogate assegni per madri e gestanti finalizzati alla natalità?

Per la natalità, a parte gli assegni statali. Poi due o tre anni fa la Regione aveva dato dei finanziamenti specifici per la natalità. Ad oggi che non ci sono finanziamenti specifici, in casi di

necessità abbiamo la farmacia, mandiamo in farmacia, comprano il latte, poi il comune paga. E poi nei normali sussidi. Soprattutto a famiglie straniere.

Ci sono interventi per favorire l'apprendimento della lingua italiana indirizzati alla popolazione straniera?

Sì, ci sono. Si sono fatti diversi corsi di lingua. Sia con l'Associazione Donne Insieme, poi li ha fatti la Cortona Sviluppo, il centro di documentazione di Arezzo. Sono progetti zonali.

Poi come Cortona anche l'anno scorso avevamo finanziamenti sul piano sociali li abbiamo fatti, ora dobbiamo farli anche sul secondo livello. E' difficile farli a livello zonale. Perché non vengono qui da Lucignano. Bisogna sempre farli in ogni comune.

Per i minori stranieri e le scuole avete progetti attivi?

Per i minori c'è il centro di documentazione che ha mediatori linguistici e culturali, per cui in caso di necessità sia la provincia che i comuni mettono a disposizione dei pacchetti per questi ragazzi.

Abbiamo fatto grossi stanziamenti per la formazione degli insegnanti. In casi eccezionali si arriva verso Marzo un bambino. In quel caso c'è da fare un corso intensivo. Se no gli insegnanti gestiscono bene. Castiglion Fiorentino fa un rapporto all'interno della scuola con le associazioni di volontariato. A Cortona abbiamo la Caritas, noi facciamo lo spazio compiti. E d'estate la Caritas prosegue per questi bambini stranieri.

Svolgete formazione del vostro personale finalizzata alla mediazione culturale?

Sempre a livello di zona abbiamo fatto un progetto di formazione di operatori dei comuni, della AUsl, carabinieri, polizia municipale. C'è stata una grossa formazione qualche anno fa. Poi abbiamo il centro per l'integrazione. Quindi gli immigrati lo sanno. Lo sportello lavoro, al centro per l'impiego c'è un mediatore. Il centro per l'integrazione è a Camucia. Gli stranieri ci vanno soprattutto per informazione dei servizi e permessi di soggiorno. Poi ci sono anche i patronati.

Il centro per l'impiego ha un mediatore.

Svolgete attività mediazione per la locazione da parte degli immigrati?

Lo sportello è aperto a tutti. L'associazione "La casa" lo stesso. Addirittura era stato pensato l'anticipo di mensilità proprio per gli immigrati. Lì c'è un finanziamento. Sono i finanziamenti della provincia e della zona. Questo anticipo mensilità di affitto lo restituiscono un po' per mese senza interessi. Per la cauzione dell'affitto. E' ormai da tanti anni.

I primi anni ci sono stati diversi problemi. Ultimamente li stanno restituendo tutti. C'è un buon ritorno, per cui quest'anno, visto che c'erano i tagli l'associazione ha detto non importa. Questo è per tutti.

Viene erogato a tutti quelli che ne fanno richiesta ?

Devono avere un lavoro come garanzia che possano restituire. A meno di casi particolari, i servizi sociali fanno una lettera all'associazione per chiedere di restituire venti euro al mese.

Ci sono iniziative per incrementare l'accesso degli immigrati ai servizi prettamente sanitari?

Risulta sempre che gli iscritti alla AUsl sono maggiori di quelli iscritti all'anagrafe. So che quando si fanno i controlli, risultano sempre più iscritti dei residenti.

Per l'accesso ai servizi, ci sono anche campagne informative?

Per i minori con i pediatri abbiamo tradotto nelle diverse lingue un vademecum per i genitori sui diversi servizi sanitari sociali educativi e scolastici. Vengono dati alle famiglie con bambini. Tutte le informazioni le mandiamo a questa associazione islamica. Sono loro il nostro punto di riferimento.

Ci sono attività specifiche per stranieri legate alla pratica della prostituzione?

C'è il progetto provinciale "L'altra strada". E' una gestione provinciale dell'ufficio pari opportunità. Noi diamo dei finanziamenti, ma sono loro ad occuparsene.

Avete alloggi temporanei o servizio di foresteria per l'accoglienza notturna?

No. Non ne abbiamo. Però ora la Caritas di Cortona si sta attrezzando proprio per questo. Attualmente la Caritas non dà né pasti né ospitalità.

Non c'è questo tipo di emergenza?

Qualcuno capita. Ma vengono mandati ad Arezzo. Per i pasti ci si arrangia anche qui. Però per dormire... Abbiamo anche minori stranieri non accompagnati. Anche quello, ne abbiamo due noi e uno Castiglion Fiorentino.

Nel 2005. Si era fermato il flusso. Poi la legge Bossi-Fini dice che non si possono rimandare, allora a questo punto sono nelle strutture. Ne abbiamo all'Istituto Mori.

Svolgete attività di monitoraggio o di controllo dei cittadini stranieri senza fissa dimora?

Noi non ne abbiamo, magari nelle grandi città.

Invece, quelli persone che vengono definiti "barboni residenziali" sono presenti nella vostra zona ?

Non ne abbiamo nessuno. Se c'è qualcuno che arriva e chiede l'elemosina, subito arriva una telefonata di segnalazione.

Per accedere ai contributi economici che abbiamo visto, occorre che gli immigrati siano regolari?

Abbiamo avuto ora una famiglia di immigrati stranieri non residenti, perché residenti in Campania. Lui lavorava qui, la moglie ha partorito qui. Da non residenti, in base al regolamento, non potevamo dare il contributo. Per cui in questo caso la Caritas ci ha aiutato.

2. Società della Salute Mugello

Borgo San Lorenzo, 10 dicembre 2008

Lei ha avuto modo di vedere il questionario Forse le sarà sembrato un po' ingenuo per quanto riguarda la parte sugli anziani perché quando lo abbiamo stilato non eravamo ancora a conoscenza di tutte le innovazioni sulla non autosufficienza, che sono abbastanza recenti. Voi eravate già nella fase di sperimentazione nel 2007?

Nella fase pilota, abbiamo cominciato a febbraio del 2008, abbiamo cominciato la fase pilota a febbraio e conclusa il 31 luglio. Abbiamo poi continuato naturalmente la fase pilota e ora stiamo rivedendo il progetto per metterlo poi a regime diciamo così nel 2009.

Quali sono gli importi dei finanziamenti li conosce? sia per adesso che per il ponte diciamo...

Nel 2008 abbiamo avuto 288.000 euro per la fase pilota dalla Regione Toscana e 290.000 euro per concludere diciamo il 2008. Questi sono stati i finanziamenti regionali per la nostra zona. A questi naturalmente abbiamo aggiunto dei finanziamenti della Società della Salute circa 260.000 euro. Per 2009 abbiamo dalla Regione 660.000 euro circa.

E avete già stanziato dico, prevedete...

Rispetto ai bisogni naturalmente queste sono cifre molto ridimensionate perché noi abbiamo visto che nella prima fase pilota praticamente abbiamo cercato di dare delle risposte, veramente risposte appropriate ai bisogni e si è visto che con la domanda che abbiamo solo nella fase pilota abbiamo avuto più di 300 domande, in neanche sei mesi

Avete costituito il PUA?

Era già costituito. Era un nostro progetto del PIS ancora 2005-2007, quindi era già costituito il Punto unico all'accesso, questo certamente ha facilitato l'avvio della fase pilota e poi l'abbiamo strutturato.

Quindi il punto unico d'accesso non era riservato agli anziani o agli anziani non autosufficienti

No. Per recepire un bisogno complesso. È nato con questa finalità su un bisogno complesso per tutte le tipologie, naturalmente la non autosufficienza ha assorbito molte risorse del PUA.

L'UVM è solo per la non auto sufficienza?

No, no l'UVM è anche il modello un po' per tutto, non è solo per gli anziani ma per tutti i casi complessi.

Ma anche l'UVM era previsto già prima del FNA?

Era sperimentato su alcuni casi complessi, poi questa mole di lavoro naturalmente ha messo a dura prova l'assetto organizzativo.

L'UVM dunque esisteva già prima della sperimentazione toscana. Ci diceva che avete registrato 300 casi di richiesta di accesso..

Sì: 322.

Una quantità ingente ...

Assolutamente – per la nostra zona - devo che dire non ce l’aspettavamo.

Questo aumento della richiesta credete possa essere spiegato col fatto che c’erano più fondi disponibili?

Era una nuova opportunità certo. Nel momento in cui l’abbiamo lanciato abbiamo detto che il nostro progetto, fin dall’inizio, si fondava su due azioni principali: il contributo per gli assistenti familiari che prima non davamo; e un rafforzamento dell’assistenza domiciliare che era già un nostro servizio. All’inizio diciamo ci sono state delle complessità tecniche, dovute all’eccessivo numero di persone sconosciute che hanno richiesto la valutazione... e che sono risultate non autosufficienti, quindi c’era tutto un sommerso che è venuto fuori.

Prima era curato in casa ?

Esatto... in qualche modo. Ora io non ho i dati, ripeto, ma mi sembra che sia un 60 per cento, 40 invece sono aggravamenti di persone che avevano o che hanno avuto un aggravamento di tipo sociale: un equilibrio che si è rotto e quindi hanno rifatto la rivalutazione e sono entrate nel progetto anziani e famiglia.

Il contributo per le assistenti familiari come funziona? È volto soprattutto all'emersione del nero come in altri casi per cui è un parziale rimborso dei contributi oppure...

No, no è proprio un contributo. Ci sono state 2 fasi diciamo. Eravamo in fase pilota quindi ci interessava molto capire anche l’appropriatezza dell’intervento. Siamo partiti con un contributo massimo per l’alta intensità assistenziale, distinguendo tra media ed alta intensità assistenziale. 900 euro con la detrazione però, 900 euro con un ISEE sotto i 6000 euro e senza assegno di accompagnamento. Con la presenza dell’assegno di accompagnamento si toglieva il 70 per cento dell’assegno di accompagnamento, insomma devo dire che alla fine è venuto fuori una media di circa 450 euro al mese. Ecco questa è la nostra media mensile per l’assegno sulle badanti. Naturalmente questo a fronte di un contratto regolare, che vuol dire regolare...cioè non come colf, cioè deve essere assunta la persona non come colf ma come assistente alla persona. A fronte del contratto regolare e del pagamento dell’INPS noi diamo il contributo.

L’emersione... sono stati dati 82 assegni per le badanti, non è tanto che prima fossero irregolari, piuttosto è stata un’emersione da contratti da colf, oppure da contratti con un minor numero di ore di quelle effettive.

Per una qualificazione della qualificazione, ma anche...perché noi lavoriamo anche sul numero delle ore naturalmente.

Graduate il contributo in base al numero delle ore?

Sì, e su media o alta intensità quindi questa è stata la strategia di emersione.

C’è un regolamento per tutta l’SDS oppure è comunale.

C’è un regolamento che vale per tutta l’SDS, tra l’altro è un regolamento che stiamo rivedendo perché è un po’ datato e quindi deve essere aggiornato. Per l’ISEE ci siamo attenuti alle applicazioni regionali, all’accordo che è stato fatto con le organizzazioni sindacali per cui per i servizi domiciliari prendiamo l’ISEE estratto del solo assistito.

Poi nel 2009, viste le risorse abbiamo rivisto tutto.

Ci sono varie fasce ISEE?

Assolutamente sì e poi abbiamo abbassato il contributo.. abbiamo ridotto a 700 euro il contributo massimo. Senza indennità di accompagnamento, poi sempre l'abbattimento con l'indennità di accompagnamento. E sempre graduato con l'ISEE, contando quindi di abbassare un po' la media

Pensate di fare fronte a tutta la domanda graduando in questo modo, pensate di farcela?

Noi...sì. Abbiamo fatto un calcolo, pensiamo di avere un aumento del 50 % delle persone in carico al 31 dicembre.

In termini non percentuali?

Noi pensiamo sul 2008 sulle 500 persone

Quindi un 750 per il 2009?

Esatto questa è un po' la nostra stima.

Quel che le dicevo (700 euro e così via) è l'assistenza domiciliare che però non possiamo più garantire con la stessa media. Perché fino adesso noi abbiamo una media di 4 ore e mezzo settimanali che possono essere anche più di 4 accessi naturalmente. Con il nuovo anno, con le risorse che abbiamo, non possiamo conservare questa media, allora abbiamo fatto una media di 3 ore , 3 ore e mezzo settimanali di assistenza domiciliare sull'alta intensità. Per la media intensità invece abbiamo prodotto da una parte l'assegno di cura, in misura molto ridotta.

Un assegno di cura di una media di 120 euro mensili e ..legato.., c'è stata una trattativa con il sindacato, perché l'assegno di cura non sono servizi e per noi in Toscana è abbastanza una cosa non gradita ecco, allora...

In che senso, perché è un trasferimento alle famiglie?

Certo è un trasferimento alle famiglie, è un trasferimento alla famiglia perché possa far fronte...è poca cosa perché sulla media intensità 120 euro il massimo, insomma viene mi sembra sotto i 5000 euro si può arrivare a 150 euro fino a 20000 euro 50 euro. Sono cifre sempre abbastanza ridotte.

Sulla media intensità - collegato alla demenza senile - stiamo lavorando ad un accordo regionale: laddove viene giudicato, la media di assistenza domiciliare sarà di un'ora, cioè proprio per i bisogni...

Quindi tre ore e mezza per l'alta intensità e circa un'ora per i bisogni di media intensità.

In questo modo con questa operazione, aggiungendo naturalmente alle risorse regionali delle risorse dei comuni e dell'SDS noi pensiamo di far fronte prima alla lista di attesa. Questa è stata la scelta: rispondere a tutte le domande sperando che ma media di domande settimanali diminuisca, attualmente siamo su una media di 9, 10 domande settimanali.

Queste 750 persone in carico previste per il 2009 sono sia alta sia media intensità?

Sì. La maggioranza è alta intensità, in misura del 64%

Come sono stati erogati i contributi dalla Regione, o meglio: come è avvenuta l'allocazione dei

fondi per il 2009 da parte della Regione?

Alla fine è il numero di teste che conta, quindi il numero degli non autosufficienti etc. Però, in una zona come la nostra dove gli abitanti sono 65000, abbiamo un territorio molto variegato e disperso, per noi erogare i servizi naturalmente è molto più costoso che non nella piana. Quando facciamo l'assistenza domiciliare a una persona che sta in una frazione sperduta sull'Appennino... altra cosa è farla a Sesto.

Il dispiacere è questo. Nel senso che noi abbiamo partecipato alla fase pilota, abbiamo sperimentato ma non siamo stati premiati da un punto di vista delle risorse. Abbiamo innescato un meccanismo, ne è uscito fuori un bisogno concreto rispetto al quale noi siamo costretti a ridimensionare le risposte.

Mi sembra di capire quindi che state andando nella direzione di favorire la domiciliarità rispetto all'istituzionalizzazione.

Assolutamente. La nostra politica, anche prima di questo progetto, era sempre indirizzata verso la domiciliarità rispetto che la residenzialità, quindi come obiettivo diciamo non è cambiato, naturalmente le risorse erano diverse. Le strutture qui sono tante, c'è maggiore offerta di strutture rispetto ai bisogni della nostra popolazione.

Ci sono anche 2 centri diurni, già prima della legge sulla non autosufficienza, uno convenzionato sull'Alzheimer e l'altro gestito da noi. Poi si sta lavorando con il PIS 2008- 2010 per l'introduzione anche di posti temporanei per aumentare il ventaglio di opportunità. Parallelamente - secondo il dettato della Regione Toscana - stiamo cercando di abbattere le liste di attesa.

Tutto l'impianto si incentra sul patto: il piano assistenziale personalizzato e le due figure del responsabile del caso e del care giver. Io ho detto semplicemente le azioni, ma naturalmente tutto l'impianto si regge su questo punto fondamentale: il patto forte con la famiglia. Quindi anche quando si parla di assegno di cura non è un assegno dato così, senza controllo. Il responsabile del caso segue la famiglia, la famiglia si impegna a certe azioni. E' un patto reale, tutto sottoscritto, cioè davvero questo sicuramente è il punto fondamentale su cui si centra tutto il nostro progetto nelle direttive della Regione e al quale teniamo molto.

Quali sono i tempi dal momento in cui l'utente fa domanda a quando viene fatta la valutazione e poi si fornisce la risposta?

Qui c'è stato uno slittamento. All'inizio ci eravamo impegnati per i 30 giorni, poi siamo stati sommersi da questa valanga di domande e non siamo più riusciti con la nostra struttura a rispondere in 30 giorni, quindi ora i tempi sono entro i 60. L'attivazione del servizio, poi per l'assistenza domiciliare... una settimana... a volte subito.

60 giorni per arrivare alla seduta dell'UVM?

Purtroppo, con questa mole di lavoro...

Tornando alle residenze, noi abbiamo visto un dato sulla rilevazione ISTAT del 2005: vengono dati 38 utenti nei servizi residenziali che sembra poco...

Sono 38 utenti per i quali c'è la compartecipazione, ma mi sembrano pochi lo stesso... no, non è possibile.

Ci diceva che comunque probabilmente lì non ci saranno più liste di attesa?

Sì, l'obiettivo dato dalla Regione è quello di abbattere le liste di attesa entro il 2009, insomma noi stiamo lavorando... anche su questo ecco, però nella graduatoria entrano a questo punto solo le

persone che hanno un patto in cui c'è scritto RSA.

Strutture residenziali ne avete...

Tante

Sono vostre o in convenzione?

Nostre no, sono tutte o private oppure del privato sociale, convenzionate con i comuni. Non è che la società per la salute abbia una convenzione con le RSA. Per ora su questo fronte sono rimasti i comuni dove c'è la sede delle strutture, danno l'autorizzazione e sono convenzionati, stiamo lavorando ad un discorso di quota sociale, alla definizione di criteri oggettivi per la determinazione di una quota sociale.

A livello di Società della Salute?

Esatto a livello della Società della Salute. Comunque gestiamo tutti i pagamenti delle rette sociali e sanitarie.

Quindi i comuni si muovono soltanto in funzione dei controlli dei requisiti per la convenzione?

Per il controllo dei requisiti per la convenzione e anche per la determinazione della quota di compartecipazione.

Ma c'è un regolamento unitario fra comuni o ognuno ha un regolamento. C'è una diversificazione amministrativa, per il lavoro amministrativo, ma poi di fatto i parametri sono gli stessi?

Sono uguali: abbiamo un regolamento unico per i servizi sociali, socio-assistenziali per tutti i comuni.

Quindi è una separazione del carico di lavoro?

Sì certo

Prevedete o già tenete anche dei corsi di riqualificazione del lavoro degli assistenti familiari?

Sì, a vari livelli diciamo. Abbiamo promosso un circolo di studio qui nella zona proprio per assistenti familiari, tra l'altro ha avuto un buon esito perché poi ne è scaturita l'associazione di assistenti familiari.

Chi vi partecipa?

Le badanti.

Ma fa formazione?

Sì, certo, con esperti, ma il circolo di studio si basa proprio sull'auto aggiornamento. Ma anche con la presenza di esperti, quindi sono andate persone della Società della Salute. Nuove forme di formazione partecipata promosse dalla Provincia di Firenze; devo dire che la cosa positiva è che da questo circolo di studio è nata questa associazione che mi sembra molto positiva.

Inoltre è stato approvato un progetto di formazione attraverso gli infermieri professionali presso le riabilitazioni: un affiancamento delle badanti al domicilio, di carattere molto pratico. Nel tentativo

di superare il problema dato dall'impossibilità per alcune badanti di allontanarsi dall'assistito.

Sono italiane o sono straniere?

La maggior parte straniera. Il progetto è approvato e finanziato: parte a gennaio. È legato al contributo per la non autosufficienza. Verrà stilato un semplice elenco.

Per adesso non ci sono forme di accreditamento badanti o di attività di mediazione da parte vostra?

No, siamo in contatto con l'ufficio per l'impiego e abbiamo poi preso contatti con i sindacati a cui chiediamo di fare informazione.

L'associazione fra badanti è nata da un vostro input o è stata un'iniziativa autonoma?

Il nostro incaricato che partecipava alle sedute certamente ha agevolato questa iniziativa. Tra l'altro l'associazione è entrata a far parte del comitato di partecipazione, insomma possono anche avere un ruolo attivo all'interno della Società della Salute.

Sono attivi dei servizi di promozione della salute fisica e relazionale degli anziani?

C'erano già nel PIS precedente. Vengono tenuti in vari centri della zona, nelle palestre che hanno aderito all'iniziativa. Poi molti comuni sull'attività motoria per anziani lavorano, quindi facilitano l'accesso degli anziani alle palestre con contributi e varie cose. Questo è diffuso su tutto il territorio, anche se non c'è una regia della Società della Salute, però c'è questa attività normalmente anche questa a livello comunale, attività varie relative sugli anziani.

Per i centri diurni noi abbiamo, come Società della Salute, la gestione del centro diurno di Dicomano che serve i comuni di Vicchio Dicomano, Londa e San Godenzo ed è per auto per non auto o parzialmente non autosufficienti. Poi abbiamo un centro diurno Alzheimer a Londa che è del privato sociale. A Barberino del Mugello dovrebbe sorgere un altro centro diurno per autosufficienti.

E' previsto in questo PIS?

E' previsto devono costruirlo, ma non so se faranno in tempo ad aprirlo entro il PIS, comunque hanno anche i finanziamenti per farlo. Poi le risorse della nostra zona sono modeste non solo sul fronte della non autosufficienza ma anche sugli altri fronti.

Quali servizi sono attivi per tutta la popolazione degli anziani non soltanto in condizioni di criticità?

Noi avevamo una assistenza domiciliare che prima abbiamo gestita centralmente con personale specializzato in prevalenza OSS, ma anche ATP. Reperate attraverso una gara e l'affidamento a un consorzio che gestisce tutta l'assistenza domiciliare in tutta la Società della Salute.

Pensate che la domanda sia soddisfatta completamente oppure ci sarebbe una domanda che non riuscite a far emergere?

C'è un budget di zona che assegna un numero di ore settimanali per ciascun comune sulla base di criteri che sono definiti, che non è sufficiente ad accudire tutti i bisogni, allora i comuni direttamente intervengono, possono intervenire con il proprio budget. Ciascun comune può poi aggiungere risorse proprie, sempre gestite dalla Società della Salute; questo servizio aggiuntivo

dipende dunque dalle possibilità dei comuni, quindi in alcuni comuni non ci sono liste d'attesa in altri sì.

Esiste un servizio di telesoccorso, di teleassistenza?

Il telesoccorso esiste da due anni. E' attivo dal 2007/8 con circa 20 assistiti. Abbiamo anche una telefonia sociale con possibilità di chiamata da parte delle persone ecco. Fa parte della sorveglianza attiva, una delle tante misure adottate rispetto all'anziano fragile, e accompagnano in qualche modo idealmente anche il discorso della prevenzione rispetto all'altro messaggio sulla non autosufficienza, cercando in qualche modo di intervenire su disagi conclamati.

Avete un numero di telefono vostro, c'è un ufficio?

Sì, abbiamo in gestione questo servizio: un'associazione di volontariato chiama le persone segnalate dai nostri servizi. Queste sono anche sanitarie, le altre sono sorveglianza, hanno una valenza unicamente sociale. È un'azione molteplici perché laddove abbiamo delle dinamiche legate sempre all'anzianità e alla fragilità ma legate soprattutto a patologie sanitarie significative per queste qui c'è una risposta, per queste situazioni c'è una risposta chiaramente calibrata dal medico di base, sostanzialmente le segnalazioni ci arrivano da loro e la risposta è calibrata quindi su patologie specifiche con possibilità quindi di contatti da una centrale operativa con Montedomini e una possibilità con un protocollo col 118. Si allerta il 118 tramite associazione di volontariato che custodiscono le chiavi dell'abitazione, perché molto spesso si abbinano a queste patologie anche dinamiche di tipo sociale o di solitudine o frazioni lontane allora in questi casi c'è un rendez vous tra il 118 che parte e l'associazione di volontariato che in modo anonimo custodisce le chiavi dell'assistito col consenso informato dell'utente.

Per quanto riguarda l'assistenza che fate voi tramite le associazioni, di che tipo è?

Si tratta semplicemente di telefonate per sincerarsi... magari non hanno un parente che chiama...

Quanti utenti riuscite a raggiungere attraverso l'associazione?

Credo una cinquantina

Avete anche degli strumenti per andare voi a cercare ad individuare situazioni di bisogno sommerso?

Anche nella stessa non auto sufficienza c'è un rischio abbastanza presente: che persone che meriterebbero un'assistenza ancora più forte sono sconosciute ai servizi e allora in questo senso il patto territoriale con impegni reciproci tra le comunità dovrebbe vedere un coinvolgimento forte anche di altre forze che non sono soltanto i servizi, ma che siano anche altre realtà come il volontariato, le parrocchie, a segnalare eventuali situazioni che meriterebbero un'assistenza ancora più forte.

E' l'altro lato della medaglia che ci spaventa rispetto a questi fenomeni e anche rispetto alla legge e alla normativa sulla non auto sufficienza. Il processo, sia pure partendo dal basso, deve però trovare la cabina di regia sempre nel pubblico e allora bisogna che i suoni si accordino bene in questo senso, cioè non si può prendere una segnalazione tout court, allora bisogna superare certe diffidenze, i particolarismi in questo territorio rischiano di essere l'aspetto più negativo di tutto il lavoro. Quel volontariato è mio e a quello lì ci penso io.

La SDS preveda attività formativa o di sostegno per le famiglie degli anziani attraverso anche magari l'attivazione o la costituzione di reti di auto mutuo aiuto tra le famiglie?

Non specifiche. Rispetto alla formazione avevamo pensato tanti strumenti, però dovete anche pensare alla realtà del Mugello, anche i numeri che vi diamo sono numeri che dovete calibrare su questo territorio che è metà dell'intera Azienda 10, ma nel contempo ha una densità abitativa che conoscete (anche se è in crescita), questo significa difficoltà, per noi, per gli operatori ovviamente per gli abitanti in alcuni casi, ci sono frazioni a Fiorenzuola che distano dal capoluogo più di trenta minuti quando c'è bel tempo. In qualche modo questo significa che qualsiasi servizio è un problema perché per esempio se faccio un momento di formazione, e lo faccio a Borgo, non ha senso.

Allora l'iniziativa di formazione, che proviamo a sperimentare, ci è sembrato uno strumento un po' più snello e nel contempo più economico e nel contempo senza costringere queste persone a muoversi, quindi a casa dell'utente e questa cosa credo sia un valore aggiunto anche per l'utente stesso, d'altra parte il patto che abbiamo assicurato...e credo con un pizzico d'orgoglio che siamo stati tra i pochi almeno all'inizio e ora spero che dappertutto si stia facendo, noi facciamo siglare realmente all'UVM il patto coi cittadini.

Questo per noi è una crescita culturale di tutto il sistema e quindi il sentirsi realmente perché non è soltanto un discorso sulla carta, assumersi qualche impegno sia pure limitato rispetto al piano assistenziale ha questo senso. Conservare a casa un diario assistenziale che recupera tutti gli interventi che si fa nel modo cronologico in modo tale da dare a tutti la possibilità di verificare come sta andando la cosa... sono tutti piccoli segnali che faticosamente stiamo tentando di dare a un sistema perché si muova in modo integrato.

Questa domanda non riguarda soltanto gli anziani ma in generale... ci sono interventi di edilizia sociale nella SdS?

Sì, ma ogni comune qui ha una propria politica, non è competenza della Società della Salute. Noi abbiamo alcuni progetti che si sposano legati al concetto dell'abitare, della casa, di prevedere attraverso un percorso che sia sempre lo stesso, che passi attraverso una valutazione dell'UVM. A dicembre dovrebbe attivarsi un primo gruppo con tre appartamenti che dovrebbero servire a dare delle risposte temporanee a situazioni che sono comunque in carico ai servizi.

Sulle politiche della ricerca sulla casa abbiamo il progetto per l'agenzia casa che è rivolto ai cittadini immigrati, ma anche italiani, in stato di disagio che svolge un'azione di prestito. Un progetto già attivo in cui un'associazione svolge nel quadro dei servizi anche la ricerca degli alloggi facendosi garante presso i proprietari per le prime mensilità, il concetto è quello del prestito. C'è un fondo di rotazione che viene messo a disposizione in parte dalla Società della Salute e in parte direttamente dai comuni sulla base degli abitanti.

Una delle nostre domande poi era inesava proprio eventuali attività di intermediazione?

Sì, vien svolta da questa "Agenzia casa" che ormai è radicata nel territorio, è attiva dal 2002 e quindi ha una propria rete di conoscenze e di rapporti.

Le OS le gestite voi direttamente?

No, non direttamente, ma attraverso una associazione.

Sono previsti interventi di trasferimento economico, trasferimenti monetari... un minimo vitale (contributi diretti)?

Il budget per questi contributi sono ancora presso i comuni: ogni comune ha un proprio budget e naturalmente c'è un regolamento zonale. C'è omogeneità nell'erogazione di questi contributi anche perché passano attraverso il servizio sociale professionale. Il servizio sociale professionale che è

gestito direttamente dalla Società della Salute, in quanto le assistenti sociali sono assegnate funzionalmente alla Società della Salute quindi la garanzia dell'omogeneità dell'intervento c'è.

Ci sono trasferimenti alle famiglie? I trasferimenti alle famiglie sono graduati con l'ISEE?

Per ora no però, c'è un discorso di minimo vitale, naturalmente non solo di minimo vitale ma una valutazione complessiva professionale che parte naturalmente da una situazione di bisogno economico, ma che guarda anche altre cose.

Non ci sono dei requisiti formalizzati d'accesso come sarebbero con l'ISEE?

No, no

Sono visti caso per caso?

Sì, con progetto personalizzato.

Prevedete anche i sussidi per il pagamento di affitto?

Sì. Sono risorse comunali quindi noi ci limitiamo a tentare di caricarli in modo omogeneo sul territorio poi chiaramente è legato alla disponibilità di ogni singolo ente.

Quindi lo stesso per quanto riguarda l'erogazione non in forma di contributi, ma di voucher o buoni alle famiglie, o questi non sono contemplati dai comuni che preferiscono trasferire direttamente?

I voucher deve essere legati ad un accreditamento delle strutture che non c'è ancora, quindi noi non lo abbiamo utilizzato.

Per quanto riguarda i disabili ci chiediamo se sono presenti servizi e attività di promozione della salute fisica da un lato e della salute relazionale?

Ci sono: nel nostro PIS ci sono interventi di questo tipo, uno legato all'ippoterapia. Poi c'è un altro progetto molto interessante legato al teatro per i disabili con la Società della Salute che lo finanzia e infine un'altra attività di psicomotricità rivolta a disabili sempre a livello zonale finanziata dalla Società della Salute. Queste sono un le attività promozionali, poi naturalmente gestiamo tre centri di socializzazione per disabili direttamente come società per la salute nell'alto Mugello e due qui nel basso Mugello rivolti a disabili gravi, medio gravi con copertura diurna 5 giorni la settimana.

E per quanto riguarda l'inserimento lavorativo?

La Società della Salute che ha istituito un tavolo proprio sugli inserimenti lavorativi. Inserimenti lavorativi non legati solamente alla disabilità, però mi sembra che il progetto abbia proprio un discorso relativo alla disabilità con un progetto che dovrebbe partire per un accompagnamento che preveda l'inserimento nel triennio di 4 o 5 disabili in strutture della nostra azienda e della nostra zona poi naturalmente c'è tutta una parte gli inserimenti lavorativi che fanno le cooperative sociali sul nostro territorio. Inoltre è presente un'altra attività per gli inserimenti non lavorativi ma cosiddetti terapeutici che sono seguiti dal servizio sociale professionale che sono una prassi consolidata.

Ci chiediamo anche se abbiate progetti come quello che viene chiamato "dopo di noi".

È partito un progetto per la fondazione di un progetto per strutture, perché per la nostra zona abbiamo avuto finanziamenti legati al “dopo di noi”. Finanziamenti regionali, da cui è partito il coinvolgimento anche delle associazioni delle famiglie per arrivare alla forma di partecipazione... è stato ed è un percorso che è iniziato anni fa, abbastanza lungo e difficoltoso. Attualmente siamo nella fase di stesura di una bozza di statuto per la partecipazione, abbiamo già avuto incontri su questo statuto interlocutori e giustappunto domani dovrebbe essere presentata una bozza anche con le famiglie e nel PIS 2008-2010 si prevede la costituzione di questa fondazione per la gestione probabilmente di una struttura nell’alto Mugello.

Sono interventi che avverranno nel prossimo PIS, questa è la previsione?

Siamo un pò curiosi di capire come si svilupperà la dinamica della non autosufficienza sul versante della disabilità, questa cosa creerà anche delle risorse, speriamo però di capire..è delicato.. noi dobbiamo notificare anche quando si parla di fondazioni di questo tipo e poi tutta la scommessa sta , al di là di tutta una fase faticosissima che lei citava in relazione, con le famiglie, di capire chi fa che cosa, i ruoli di ciascuno le diffidenze di ciascuno. Poi ci sarà da capire quando si parlerà di patrimonio com’è la situazione: se realmente c’è una disponibilità e realmente una solidarietà. Purtroppo in comunità piccole ci possono essere gli ostacoli più grandi rispetto alla crescita.

progetti educativi integrati per gli alunni disabili?

Ci si attiene ad un percorso definito all’interno del tavolo sulla disabilità istituito dalla società per la salute è stato uno degli argomenti principali che abbiamo affrontato e quindi si è fatto un percorso che ha avuto anche dei momenti difficili perché naturalmente abbiamo coinvolto sia una parte dei professionisti, quindi l’unità della AUsl, piuttosto che gli operatori del sociale, ma anche le famiglie e così via... Quindi è stato molto duro arrivare a un punto di condivisione, non solo di condivisione ma poi di messa in pratica del modello; che vede un momento fondamentale nella definizione del progetto per l’integrazione scolastica, momento al quale devono contribuire tutte le figure coinvolte. Prima succedeva spesso che non si conoscevano gli interventi che si facevano gli interventi, alla fine erano tutti episodici e non erano messi in rete. Con l’inizio di questo anno scolastico abbiamo raggiunto un accordo sul modello che abbiamo presentato anche alle scuole e che dobbiamo sperimentare, insomma stiamo sperimentando, dobbiamo un po’ monitorare e dobbiamo capire se va avanti o meno. L’intervento della Società della Salute in questo si riferisce all’assistenza scolastica specialistica che è di pertinenza dell’ente locale e quindi anche lì si è fatto un regolamento unitario, tutti gli interventi sono gestiti dalla Società della Salute con personale educativo specializzato... fra l’altro è uno dei servizi assai costosi, ma qui ci sono tante risorse.

Ci sono tante risorse?

Non ci sono tante risorse: i comuni spendono tante risorse. Il bisogno è tanto, in questo senso. Abbiamo una percentuale di alunni disabili abbastanza elevata

Ci sono attività di assistenza domiciliare per i disabili sia di tipo socio-assistenziale che sanitario? Noi gestiamo la parte sociale, quindi anche lì attraverso OS.

Ci sono iniziative per l’abbattimento delle barriere architettoniche?

Ci sono solo i fondi regionali qui, fondi regionali gestiti in una forma associata dalla comunità montana.

Svolgete attività di informazione o formazione per le famiglie dei disabili?

Esiste un gruppo di mutuo aiuto. All'interno dei servizi educativi domiciliari rivolti a ragazzi con disagio e anche con handicap era stato messo su un gruppo di mutuoaiuto. Un gruppo di mutuo aiuto che ha dato poi origine alla costituzione di un'associazione , di un'associazione di tutela del disabile.

Sono presenti attività o servizi residenziali per disabili?

C'è una struttura che non gestiamo noi direttamente.

Noi, dai dati ISTAT 2005, abbiamo visto una spesa di circa 150.000 euro per 21 utenti ma, non sappiamo se questi dati siano affidabili. 21 utenti per quanto riguarda i servizi residenziali?

Sì: questi sono i posti.

Secondo voi la domanda viene esaurita con questi posti o ci sono liste d'attesa?

Sì, c'è ancora una lista di attesa e quindi si ritorna al discorso dell'auto sufficienza che ha l'obiettivo di azzerare la lista d'attesa.

C'è una strategia di rimozione delle barriere architettoniche nel tessuto urbano?

nNo assolutamente, i comuni lo fanno, tra l'altro devono fare il piano per l'abbattimento delle barriere architettoniche, la Regione vincola i finanziamenti a questo piano.

E per quanto riguarda il trasporto disabili?

Abbiamo una convenzione per il trasporto ai disabili verso i centri e con le associazioni di volontariato che gestiamo per tutti i comuni con la Società della Salute.

Anche per i disabili avete esperienze di coordinamento della valutazione e della presa in carico?

Questo è un processo che tra l'altro ha visto il riconoscimento anche a livello regionale al di là della 402. Il PUA sarebbe l'attività dell'UVM dell'azienda, cioè continuano questi doppi binari di cui si farebbe francamente a meno, però questo ci fa capire come il processo deve andare avanti non ci sono timori, non ci sono paure evidentemente quindi è tutto un processo, anche il riconoscimento del PUA. Finché non diventeranno veramente detentori di budget l'UVM rischia molto spesso di fare poesia. Sono processi dolorosissimi e lenti e quindi sin dall'inizio l'ipotesi era di costruire un PUA che avesse questa valenza poi che rispondesse a tutto assolutamente no, direi che adesso sta funzionando a regime in modo direi abbastanza soddisfacente per la non autosufficienza, come strumento piano piano culturale sta servendo per rompere tante barriere.

C'è qualche tipo di forma di monitoraggio per la diagnosi precoce?

Nella scuola c'è, quando il bambino frequenta la scuola o anche l'asilo nido c'è senz'altro un invio da parte della scuola ai servizi, se la famiglia non ha già preso contatti con i servizi sociali o i servizi sanitari.

Questa è la prassi, voi non avete iniziative, attività o progetti?

Abbiamo un servizi anche a domicilio delle ostetriche, che prevederebbe nel protocollo una relazione con la famiglia rispetto a situazioni che emergono alla nascita, legata all'attività di consultorio

Per quanto riguarda l'ambito famiglie minori, si prevedono servizi educativi, asili nido per

l'infanzia da 0 a 2 anni?

No, sono servizi educativi. Nell'attività della Società della Salute, c'è un discorso di coordinamento associato ma a livello di comunità montana. Anche i centri educativi e le ludoteche afferiscono al servizio educativo e quindi alla comunità montana. È la legge 32 che è un'altra roba.

I centri diurni per minori sono minori con disagio e quindi questi sono nel campo sociale. Per l'accesso al servizio educativo è determinata attraverso l'ISEE, il nostro contributo naturalmente può essere a totale copertura della retta.

Questi contributi vengono da voi erogati nel caso in cui ci siano problemi soltanto economici oppure anche problemi relativi anche al nucleo familiare?

No no, il discorso parte tutto dal progetto individualizzato, quindi quel progetto per quella famiglia, per quei minori... di cui il contributo può essere una parte e l'altra parte possono essere dei servizi (attività educativa domiciliare, di supporto alla famiglia nell'educazione del ragazzo, per situazioni familiari di disagio)

Ritenete che soddisfi pienamente il bisogno?

No assolutamente no, è un bisogno assolutamente in crescita, questo è un servizio di attività domiciliare gestito da una associata e le nostre risorse sono insufficienti.

Abbiamo prima parlato di consultori familiari, quali attività svolgono?

Di questo non sono informatissima devo dire. So che c'è un progetto sul discorso dei consultori che riguarda le donne immigrate però non saprei andare nel particolare.

C'è attraverso il servizio sociale professionale una presa in carico; adesso è stata fatta anche una convenzione con l'associazione Artemisia di Firenze per l'apertura di un consultorio settimanale, uno sportello settimanale presso il comune di Borgo San Lorenzo a cui le donne possono rivolgersi direttamente per una consulenza. Un centro di ascolto collegato sempre ai nostri servizi.

Eroghiamo poi direttamente servizi alle immigrate accolte nella struttura del villaggio che accoglie in particolare madri con figli.

È gestita direttamente?

È gestita da un'associazione con una convenzione, ma che rientra nel progetto dei servizi della Società della Salute per le immigrate. Poi per casi di madri sole che hanno bisogno naturalmente i servizi sociali si rivolgono a strutture non gestite da noi. Paghiamo la retta normalmente o con una rete di famiglie della zona.

Sono case-famiglia per l'accoglienza di minori con cui voi avete rapporti stabili?

Ci sono case famiglia per l'accoglienza di minori sì, ci sono, alcune sono convenzionate, sono tutte private, privato sociale non gestite direttamente da noi, ma con le quali noi abbiamo - come Società della Salute o il comune di residenza - convenzioni.

Siete in grado attualmente di offrire assistenza primaria in caso di emergenze economiche cioè vitto, alloggio, vestiario?

Sull'emergenza ci stiamo lavorando, è il discorso del pronto sociale che è nel PIS della Regione e che noi abbiamo iniziato a progettare e che abbiamo messo nel nostro PIS 2010. Quindi siamo in fase di progettazione a partire dalla definizione.

Avete già pensato a che tipi di interventi effettuare?

Per minori abbiamo già una struttura convenzionata di pronta accoglienza, per le altre fasce della popolazione ci sono delle risorse sul territorio in cui in casi di emergenza, però non sono ancora in rete. Quello che dobbiamo costruire è la rete e successivamente stipulare le convenzioni.

Prevedete in qualche modo l'erogazione di assegni, contributi straordinari per madri e gestanti?

Come Società della Salute noi gestiamo l'erogazione di assegni per famiglie numerose e gli assegni di maternità, ma quelli sono più canonici: le domande vengono dai comuni e noi paghiamo, facciamo l'assegno all'INPS etc. Al di là di questo non ci sono delle cose specifiche, rientra di nuovo semmai sul progetto individualizzato.

Passando all'ambito immigrazione, sono previsti dei programmi o dei progetti per favorire l'apprendimento della lingua italiana tra gli immigrati?

Anche questo fa parte del settore educativo, nel senso che c'è un'esperienza ormai da tanti anni gestita dalla comunità montana, attraverso una convenzione sono presenti numerosi laboratori in tutte le scuole del Mugello.

Per adulti?

No, questo nelle scuole più o meno a tappeto.

Sono ore integrative per i minori?

Sì, e la lingua è insegnata con personale specializzato.

Per gli adulti è attivo il centro territoriale permanente a Borgo San Lorenzo che svolge corsi di italiano per stranieri, e lì vengono dirottati da ciascun comune, che poi a volte può istituire anche dei corsi, ma sempre collegandosi al centro permanente.

Però il centro territoriale permanente non dipende da voi?

No, fa parte della conferenza dell'istruzione della comunità montana, sul versante sociale c'è un'attività fatta dal villaggio Marrocchi che è questa grossa struttura di proprietà dell'Istituto degli Innocenti, data in comodato alla comunità montana, che a sua volta ha delle convenzioni con le associazioni e il centro d'accoglienza che la gestisce. Si chiama villaggio per esprimere la complessità delle attività rivolte all'immigrazione che avrebbe come obiettivo non solo l'accoglienza, ma la sostenibilità economica della struttura: sono previste attività di accoglienza, dovrebbe aprire un ristorante, ed altro.

L'immigrazione che interessa la zona da dove proviene?

Tendenzialmente direi la maggioranza sono albanesi e rumeni, meno africani.

L'SDS promuove una formazione del proprio personale volta alla mediazione culturale?

Sì presso il villaggio, sono stati fatti dei corsi legati proprio al discorso di questi rifugiati in particolare i rifugiati politici che arrivano qui tramite il progetto asilo ministeriale. Hanno tutti alle spalle delle grosse problematiche, quindi sono stati fatti dei corsi per i loro operatori, ma alle stesse assistenti sociali piuttosto che al personale, psicologi e medici.

Per gli immigrati viene svolta attività di mediazione per la locazione?

Sì, attraverso l'Agenzia casa. Abbiamo avuto i finanziamenti dal ministero per il progetto "Abitare il mondo" che è rivolto solo ad extracomunitari. È un finanziamento ulteriore più o meno per le tipologie dell'Agenzia casa: intermediazione, prestiti, mese d'affitto, ma anche contributi a fondo perduto per gli sfratti.

L'accesso al servizio è previsto solo per lavoratori regolari?

Tutti i servizi previsti per immigrati sono limitati ai regolari, poi ci sono dei servizi sociali emergenziali per gli irregolari

Per famiglie di irregolari voi che fate?

Non siamo strutturati per rispondere

È frequente o è raro, l'afflusso di questo genere di emergenza in questa zona?

L'incidenza degli immigrati sta salendo. È abbastanza elevata, vengono qui per lavorare portando la famiglia. I nostri problemi sono riferiti poi soprattutto alle famiglie, non trovano casa, il marito perde il lavoro. Il problema è il congiungimento o la perdita di lavoro, quindi le famiglie che avevano raggiunto un minimo di stabilità... ritornano in carico ai servizi sociali, si tratta di un accompagnamento di lunga durata più che per emergenze per arrivi improvvisi di massa.

Esistono interventi per promuovere l'accesso degli immigrati ai servizi sociali: sportelli dedicati o accompagnamento individuale, informative o cose di questo genere?

Ci sono gli sportelli ormai consolidati del privato sociale: progetto accoglienza, lo sportello d'ascolto, un servizio di consulenza legale... se non arrivano attraverso lo sportello sociale poi arrivano anche dai servizi. Qui essendo comunità piccole l'accesso ai servizi per le famiglie è abbastanza immediato.

Sono attive iniziative per incrementare l'iscrizione al servizio sanitario nazionale degli immigrati?

Sì, stanno mettendo in piedi proprio un progetto per uno sportello per gli immigrati a livello di azienda.

Ci sono servizi specifici nei consultori per le donne immigrate?

C'era proprio un progetto rivolte alle cittadine immigrate, perché le donne albanesi in particolare rimangono in casa, non frequentano i corsi di lingua ed è molto difficile raggiungerle, allora sembrava che il consultorio, quindi un'esigenza di tipo sanitario, potesse essere la porta d'ingresso.

Avete strutture per rispondere ad emergenze sociali acute?

Il nostro progetto per il pronto sociale e sull'emergenza prevede di non suddividerlo per tipologie di utenza, ma piuttosto di rilevare quale possa essere l'emergenza anche nelle varie fasce della popolazione e cercare delle risposte. Certamente, poi tutto si riconduce ad un progetto sulla persona.

Serve la residenza, la residenza pluriennale, qual'è il requisito di accesso?

La residenza.

Non un minimo di anni di residenza? Si può essere neo residenti e accedere?

Si.

3. Consorzio CO&SO

Grosseto, 13 gennaio 2009

Partiamo dall'ambito anziani, ed in particolare dal fondo per la non Autosufficienza, a cui punto siete su questo progetto?

Noi abbiamo più punti di accesso Anziani. Quello governato dall'attuale norma. Noi abbiamo, prima che si avviasse questo procedimento sperimentato in 20/22 zone forse meno della Toscana delle cure domiciliari. Quindi avevamo già sperimentato l'idea dell'UVM, già sperimentato il Punto unico di accesso inteso come punto modificato di accesso al sistema e avevamo elaborato l'idea e anche il funzionamento di un budget unitario. Quando siamo passati dalla fase di start up della legge sull'autosufficienza cioè quello che concretamente si faceva mentre il legislatore lavorava una sorta di rafforzamento, ora ci mettiamo a regime. Quindi noi su questo fronte abbiamo i Punti insieme solo sul fronte anziani cioè un articolazione sul territorio di luoghi di ingresso dei cittadini nel sistema. Questi Punti insieme hanno tutte le caratteristiche previste dalla legge: sono spazi che non sono distinti tra sociale e sanitario sono integrati: se vuoi puoi trovare un assistente sociale del CO&SO, lì Azienda sanitaria o un infermiere a seconda delle cose. Lì viene fatta la prima valutazione, che sia semplice o complessa, della situazione e le persone che stanno lì sono sempre le stesse, sono formate e sono in formazione e sono in grado di fare una prima valutazione. Cioè io arrivo e sono anziano e gli dico: "La mia pensione è bassa e mi ci vuole un contributo economico"; e vengo immediatamente indirizzato verso le strutture che sono lì accanto per un contributo economico. Altrimenti si apre la scheda sanitaria e arriva a quello che noi chiamiamo PUA. Ormai con l'esterna due del progetto si va ad individuare il nucleo dirigente del progetto. Noi abbiamo fatto un accordo interistituzionale con l'azienda e i comuni. Dentro ci sono io, il direttore dei servizi sociali del CO&SO, il direttore del distretto, il direttore sanitario del distretto e il dirigente che fa il vice che è la cabina di regia di tutta l'operazione. Però abbiamo un Punto insieme di Grosseto che fa da coordinamento di tutti i punti insieme sul territorio, acquisisce tutte le domande, attiva l'UVM. L'UVM è strutturata è in fase di ampliamento con un accordo tra noi e l'Azienda abbastanza complesso, per cui non potendo l'Azienda prenderemo noi dei medici e degli infermieri, facciamo un'operazione abbastanza complicata. L'UVM fa i PAP, i PAP vengono condivisi dai cittadini e partono in attesa delle prestazioni, sulla base delle cinque fasce di intensità e isogravità.

La determinazione del bisogno e della risposta?

L'esterna. Qua da noi si chiama l'esterna. Questo che per noi ora è un progetto si dovrà trasformare in un gruppo.

Quanto tempo passa dal momento di ingresso?

Noi ci siamo impegnati ai 30 giorni per fare la valutazione dell'UVM e poi altri 30 per l'attivazione della prestazione. La media effettiva non la so. Quello che si faceva prima era su un pezzetto era decisamente meno. Perché ora se prima si facevano 40 valutazioni ora se ne fanno 500. Perché ormai stiamo convogliando tutto lì. Con il direttore sanitario del distretto. Ma ci sono le ADI istituzionali che hanno un altro percorso. C'è una resistenza ad unificare. C'è voluto un po' a far pensare che le cure domiciliari avessero un percorso. E tutto il resto era fuori. Ora c'è una resistenza a dire che è tutto dentro. E' un'abitudine. Le cose si continuano a fare in un certo modo finché non si cambia. Quando tutto quello passa di lì l'UVM dovrà valutare una quantità di casi gigantesco quindi in questo momento siamo appesantiti. Questo è l'impegno alla prestazione domiciliare non

quella residenziale perché ha altre dinamiche ed è legata alla disponibilità di posti. Abbiamo l'impegno di abbattere al 50% le liste d'attesa entro luglio.

E le liste d'attesa ora le giudicate problematiche?

Si sono giudicate problematiche per due tipi di problemi: il primo è quello. Stiamo parlando sulla residenzialità. Per il resto i tempi di attivazione, noi ci siamo dati trenta giorni ma non è questo il caso. Il vero imbuto è la valutazione, ma perché? Abbiamo un UVM strutturata per fare 40 casi. L'accordo è che noi prendiamo dei medici, ma non è facile per definire il tipo di contratto da stipulare, una cosa complicata perché noi non siamo né carne né pesce, anche se noi siamo titolari di risorse. Noi abbiamo le risorse, che poi saranno risorse della Società della Salute. Noi in questo momento siamo anche pronti a darli all'Azienda, che però ha altri blocchi per cui non può assumere. Quindi risolveremo con una prestazione a fattura. Del resto la prestazione si dice in 30 giorni, ma non è vero la facciamo anche d'ambulo, perché quando si tratta di prestazioni in ore domiciliari abbiamo tutti gli appalti. Il sistema c'è. Va oliato vanno superate alcune resistenze che ci troviamo dentro.

I punti insieme lavorano esclusivamente sugli anziani? Ci sono punti analoghi per altre categorie?

Abbiamo fatto altre cose ma solo nel socio assistenziale non integrato. Per quanto riguarda il socio assistenziale noi abbiamo nella città di Grosseto un Punto unico di accesso che lo chiamiamo PAF: un primo momento di orientamento per i cittadini che sta in un luogo che ha accanto un altro segretariato sociale che è per gli immigrati e che ha una logica ancora diversa.

Negli altri comuni che non sono Grosseto questa cosa è un po' più facilitata. La struttura anche organizzativa del welfare è più semplice e più unificata, in realtà è l'assistente sociale che li fa contemporaneamente assistenza sociale e presa in carico. Mentre qui su Grosseto, Grosseto ha l'80% degli abitanti della zona, quindi su Grosseto questa è la direttiva di orientamento e di filtro per non ingolfare. Negli altri comuni l'assistente sociale quando apre al pubblico fa contemporaneamente le due cose: fa sia l'assistenza sociale sia la presa in carico. Però in ogni comune noi abbiamo costruito, in forme diverse per una complicazione amministrativa che poi vi posso dire. Abbiamo uno sportello che noi generalmente chiamiamo socio educativo - gestito da noi - che fa il segretariato sociale di quelle cose per cui non c'è necessità di valutazione professionale. I due sportelli sono nostri e quindi sono sistematicamente in comunicazione per cui non c'è il rischio che qualcuno dica "Non è compito nostro". Quando al nostro sportello socio educativo ci si presentano a fare la richiesta per cambi di educazione, barriere architettoniche, famiglie numerose, assegni di maternità riduzione, etc., se l'operatore vede che si manifesta un bisogno socio assistenziale, gli prende l'appuntamento per l'ufficio competente, immediatamente.

In questa zona non trovando la soluzione canonica di un comune che le fa per tutto il resto del comprensorio hanno trovato un accordo e hanno individuato noi come soggetto gestore. Per tutti questi comuni, oltre a fare quello che facciamo per tutti gli altri, gli facciamo anche altre cose quindi inevitabilmente.

Mi faccia capire... In questi comuni più piccoli, che immagino siano collocati nelle zone più periferiche, che hanno fatto questa scelta, voi avete uffici?

Abbiamo uffici, ma anche succursali. E' una cosa molto eterogenea. E come l'acqua va al mare, così i cittadini vanno a Grosseto. Cresce di 1500 persone all'anno. Una parte sono immigrate, una parte vengono dal sud. Abbiamo la necessità di rafforzarci ancora un po' per evitare un abbandono, perché è un problema evidente di abbandono e di sovraffollamento.

A Grosseto. Ma anche in altri tre comuni cioè Roccastrada, Calzano, Castiglione, ma ora lo faremo anche su Civiterra, l'unica che rimane fuori è Campagnatico, ma Campagnatico vive una sua situazione dal punto di vista istituzionale molto particolare. Nel senso che Campagnatico rifiuta

l'idea che ci possano essere degli extracomunitari. Stiamo ripetendo in questi comuni quello che c'è a Grosseto. A Grosseto oltre a questi servizi qua ce n'è uno specifico per gli extra comunitari uno sportello. Perché l'extra comunitario ha un bisogno di esercitare i propri diritti di cittadinanza, diverso da tutti gli altri perché gli mancano dei presupposti che per gli altri ci sono. Anche la famiglia più sciagurata alcuni elementi a cominciare dalla lingua ce li ha. Non ha bisogno. L'extra comunitario il quale arriva senza nessun bisogno socio assistenziale e con pochi bisogni di altro tipo ha bisogno di un interpretariato e bisogno di capire, quindi noi mettiamo una serie di servizi in tal senso. C'è una domanda di mediazione culturale e di mediazione linguistica che prestiamo nelle anagrafi del comune e di altri uffici comunali. Il servizio di mediazione culturale e linguistica lo diamo anche alle scuole.

E negli ospedali anche?

Negli ospedali se è necessario. Abbiamo una convenzione con il distretto per quanto riguarda l'uso di queste persone rispetto al consultorio familiare. In più abbiamo un'apertura di sportello in cui le persone manifestano, fanno domande e vengono orientate. Abbiamo costruito una rete con tutte le istituzioni locali molto importante. Lì non c'è una presa in carico del soggetto rispetto ai bisogni socio assistenziali evidentemente.

Anche in questura abbiamo dei cartelli in cui si dice cosa fare "nel caso di...". Questo sportello lo articoliamo localmente anche nel territorio, utilizzando anche associazioni di volontariato. Abbiamo una convenzione con l'ufficio del lavoro provinciale con la quale siamo autorizzati a fare una prima determinazione di mano d'opera. Perché arrivano extra comunitari con bisogno di lavorare. In modo particolare le badanti. Perché lì c'è chi viene e dice "Ho bisogno di una badante" e poi chi dice "Io sono una badante". Per cui diventa facile una cosa di questo tipo. L'abbiamo fatto in accordo con l'amministrazione provinciale.

Per quanto riguarda l'edilizia sociale, quale tipo di interventi avete attivato?

Noi siamo completamente estranei a questo. Tutta l'edilizia popolare è gestita dai comuni attraverso un'altra azienda. I comuni hanno costituito un ambito provinciale di associazione e hanno individuato un soggetto gestore che è l'Azienda Edilizia Grossetana e gestiscono tutto il patrimonio immobiliare. Che cosa si sono tenuti i comuni: i bandi per l'accesso, quindi le domande e quindi l'assegnazione. In misura diversa e in misura più significativa a Grosseto c'è l'emergenza abitativa per cui si sono riservati una serie di appartamenti per la legge 96 del 96 che gestiscono in forme diverse da quelle del bando, per cui ci accedono per via di un regolamento pur sempre amministrativo, ma è un regolamento per cui è appunto un'emergenza per cui lo dai a chi è in condizioni di sfratto o se ci sono particolari condizioni.

Questi sono cittadini che si rivolgono a voi e ai vostri sportelli e ai vostri assistenti sociali?

C'è di più: noi abbiamo all'emergenza abitativa una nostra assistente sociale del CO&SO che fa da *trait d'union*, ma anche da valutatore professionale quando è necessario, perché è vero che comunque sono regolamenti amministrativi ma perché è fuori dalla legge quindi l'accesso è a valutazione professionale. Serve ad attenuare la tensione sociale rispetto agli sfratti. Grosseto è bestiale. Con mille persone in più ci vorrebbero duecento appartamenti all'anno e allora Grosseto dovrebbe crescere di 300 appartamenti all'anno. Ed è chiaro che la tensione abitativa è molto forte e chi ha soldi se li compra anche se i prezzi erano andati al limite, gli altri si rivolgono ai servizi. Esistono strumenti per la mediazione e l'accesso al mercato della locazione, però lo fanno i comuni.

Però non è di vostra competenza...

Non è di nostra competenza. Perché lo fa in parte il comune e in parte l'Azienda che gestisce il

patrimonio edilizio pubblico.

Passando invece all'ambito anziani, nella vostra zona sono presenti servizi per la promozione della salute fisica psicologica e relazionale degli anziani?

Noi non abbiamo allo stato attuale moltissime cose, ma qualcosa sì, soprattutto nei comuni periferici, perché lì il rapporto con le associazioni di volontariato alcune volte è più forte. Il nostro intervento non è sistematico o strutturato. A Grosseto abbiamo alcuni rapporti con alcune associazioni che fanno loro queste cose qui, ma diventerà il cuore del Piano Integrato Sanità.

Del prossimo?

Noi non avevamo un PIS prima, proprio perché i rapporti con l'Azienda non erano buoni. L'Azienda quando siamo cresciuti ha pensato di ucciderci. Era come in competizione. Addirittura il servizio sociale professionale, non ha. E' una questione pesantissima. Siamo andati anche in tribunale più di una volta con l'Azienda Sanitaria. Naturalmente abbiamo sempre avuto ragione, ma soprattutto è cambiato il direttore generale. Il direttore generale di prima fu buttato fuori perché ci fu una rivolta dei sindaci. Fu mandato via. Gli strascichi sono rimasti. L'azienda sta progressivamente cambiando e noi abbiamo fatto il raccolto. Ora qui dentro c'è l'accordo.

Altrimenti non sarebbe possibile?

All'interno di questo, il PIS è stato costruito attorno a quattro grandi laboratori: disabili, minori, anziani e stili di vita. Più ci sono progetti trasversali, la governance, l'ampliamento del sistema informativo per la formazione della Società della Salute.

Attorno a questi quattro laboratori a cui hanno lavorato tante persone c'è questo "stili di vita". Fra questi noi abbiamo una serie di progetti. Abbiamo avuto un taglio alle gambe dalla riduzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Però abbiamo tanti elementi: "Liberi dal fumo", prevenzione e sensibilizzazione sul tema della violenza interfamiliare, la rete per gli esordi psicotici, il tema dell'abuso di sostanze.

Quello che manca è la prospettiva?

E' la prospettiva. Noi dal 2009 in poi dovremmo fare...

E' prevista l'attivazione dei centri diurni per gli anziani? Come centri di aggregazione?

Sì. Grosseto ha anche un centro anziani che sono una potenza. Oggi siamo in un paradosso: con il fondo hanno un livello di prestazioni alto, al contempo il taglio del fondo nazionale si deve concentrare - siccome la legge dice che i comuni non devono tornare indietro rispetto alle risorse impegnate - il taglio si concentra sugli altri. Noi abbiamo un taglio di 800.000 euro.

Da spalmare sulle categorie?

Sulle altre cioè su anziani e minori, su immigrati, su handicap. Gli anziani sono più tutelati di quegli altri.

Mentre avevamo già detto prima che sono attivi i servizi di assistenza domiciliare integrata?

Sì. Per gli anziani.

Quali sono i più rilevanti?

Noi cominciamo dalle prestazioni molto semplici che possono essere di servizio sociale, sostanzialmente aiuto alla casa e cose così e con qualche piccola prestazione sanitaria intorno a questo: insieme all'operatore della cooperativa ci va anche l'infermiere.

Lei si ricorda quante ADI ci sono attivate attualmente?

Dunque, il problema è il seguente. Prima che venisse questa norma, cioè questa norma è dal 2009 che funziona in questi termini qui. Ci sono quelle che si chiamavano "sanitarie". Quando escono dall'ospedale con alcune patologie particolari noi partiamo subito con un pacchetto iniziale di prestazioni che insieme alle prestazioni sanitarie che vengono prescritte noi mandiamo degli operatori socio assistenziali per la casa ma anche per la persona. Poi partiamo insieme successivamente con un'azione. Oggi invece un'area individuale con quella persona abbiamo cominciato ora, perché prima c'era l'intervento sociale e quello sanitario che cercavamo di mettere insieme più ragionevolmente possibile ma non era strutturato.

Parliamo di queste qui che prevedono una prestazione sociale come quella che ci ha descritto ora. Ci sono liste d'attesa?

No.

Immagino vi avvalete di convenzioni con il settore delle cooperative. O fate tutto voi?

Sennò ci sarebbe altro che lista l'attesa. Noi abbiamo fatto una serie di appalti su varie cose e l'appalto prevede la possibilità di una fisarmonica, ma noi cerchiamo di limitarla il più possibile.

Quindi anche cooperative di infermieri?

Noi lo facciamo solo con chi ha vinto, che ora - nel caso particolare - è un ATI che ci offrono infermieri e tutto quello che ci è necessario.

Un appalto integrato'?

Sì. Oggi sul futuro stiamo aspettando che la Regione ci dia qualcosa su voucher che se ne parla tanto però... non c'è?

Voi sareste favorevoli?

C'è un grande rischio che è la deresponsabilizzazione. Cioè di dire: noi non controlliamo più nulla. Te vieni e ti diamo 200 euro e te fai che ti pare. Invece noi utilizziamo il sistema dei voucher per migliorare quello che è complicato. Ci sono dei problemi dovuti al fatto che non si ha la scelta dell'operatore. Allora se in qualche modo si riesce a migliorare questo aspetto favorendo il rapporto tra la famiglia e chi dà la prestazione. Questa è la parte positiva. Ma per non perdere tutto il resto bisogna che l'accreditamento sai fatto non bene, benissimo. Bisogna che le risorse utilizzate per fare gli appalti poi si spendano per fare le verifiche. L'accreditamento è una cosa in costante divenire e il rapporto tra l'utente e noi deve essere molto maggiore di quanto non lo è oggi. Quindi è un passo che si può fare nella speranza di rendere più efficiente il sistema, ma soprattutto bisogna farlo con intelligenza perché si rischia di far saltare quel di buono che c'è.

Passando invece dall'ADI a forme di assistenza familiare socio-assistenziale, sono attivi servizi di questo tipo sul territorio?

Sono attivi su più fronti.

Sono attive collaborazioni con il terzo settore?

Alcune sono proprio prestazioni socio assistenziali, per le quali mandiamo a casa l'operatore. Poi abbiamo tutta una serie di cose che facciamo in svariato modo. Alcune con associazioni, tipo AUSER.

Lo facciamo per le scuole sia con i minori che con gli anziani. Facciamo un accordo con alcuni istituti professionali, soprattutto con quelli che fanno il sociale, poi questi ragazzi vanno a fare una serie di cose. Non sono carichi assistenziali. Vanno dagli anziani da noi selezionati autosufficienti con i quali fanno letture, fanno passeggiate, fanno insieme alcune compere. E i ragazzi hanno in cambio crediti formativi riconosciuti, in più noi gli diamo dei buoni per andarsi a comprare della musica o dei libri. Lo facciamo anche con i minori: ci sono dei ragazzi delle superiori che aiutano quelli in difficoltà. Tutta gente che noi selezioniamo. E poi con il volontariato: alcuni portano al mare alcuni handicap, alcuni fanno il last minute, etc.

E su questo tipo di attività di assistenza domiciliare socio assistenziale, la domanda viene esaurita?

Noi abbiamo un accordo con i sindaci.. Quando noi abbiamo cominciato a lavorare un comune metteva 10 euro pro capite un altro 65. Allora li abbiamo portati a dire: "C'è un pacchetto base. Che finanziate tutti con una cifra, individuate voi quale, pro capite. Quindi ogni comune mette per ogni suo cittadino una cifra che quest'anno nel 2009 sarà di 46 euro.

Quindi?

E lì noi ci facciamo tutte le prestazioni socio assistenziali che sono così descritte. Poi ogni comune se vuole prestazioni socio educative e di prossimità diverse nel contratto che ci lega, ce le mette e le finanzia. Per cui noi facciamo per alcuni comuni di più per altri di meno. Facciamo anche attività ricreative, campi solari per i bambini. Cerchiamo anche degli asili nido, il cui accesso non è previa valutazione professionale.

Sono cose fatte da loro?

Chi vuole le fa. Non c'è. Chi vuole il campo solare, chi vuole questo il comune, essendo noi ente strumentale, il comune ci dice fate voi queste robe qua.

Di servizi di prossimità ce ne sono diversi. Possiamo avere una stima di quante sono?

Complessivamente sui 134000 euro. Per questi servizi, prossimità e buon vicinato, però quanti ce ne siano sopra non le so dire. Quello più importante è quello della mobilità fatto con i vari AUSER che possono arrivare a fare 2000 interventi all'anno rispetto alla mobilità. Ma questo cambia molto rispetto alla domanda.

Poi abbiamo un altro centinaio tra minori e anziani con quella attività di compagnia. In più abbiamo rapporti con associazioni di volontariato che finanziamo minimamente e loro riescono a decuplicare la loro attività, ma non possiamo più dire che è nostra attività. Noi favoriamo solamente.

Sosteniamo in vari modi queste cose qua, anche indirettamente. Ad esempio, l'estate nella sorveglianza attiva nei confronti delle persone fragili, prendiamo tantissimi di questi anziani qua e gli diamo dei soldi. E per loro quei soldi sono manna. Olio nel lume, come si dice. Poi ci si ha anche sull'handicap. Un altro progettino che si chiama Girasole. Per il tempo che devono stare nelle nostre strutture si attiva una sorta di banca del tempo. Mettono lì del tempo disponibile che viene utilizzato dai nostri operatori per far fare un po' di socializzazione per soggetti che hanno handicap e hanno già la loro prestazione socio assistenziale, però vengono favoriti per la socializzazione. Saranno una ventina. Venti o venticinque persone che poi cambiano. Queste sono cose molto fluide.

Tornando invece ai servizi residenziali per anziani. La domanda è se con l'attivazione del fondo

per la non autosufficienza si è avuto anche una de-istituzionalizzazione delle prese in carico. O non c'è stato un cambio di regime nei processi di de-istituzionalizzazione?

Dunque intanto bisognerà vedere gli effetti perché la norma è di un mese fa, il soggetto non è ancora definitivo e le risorse sono arrivate in fondo nel 2008 per cui non possiamo dirlo. Posso dire quello che abbiamo pensato. Abbiamo pensato più cose. Deistituzionalizzazione no. Nel senso che il fabbisogno è talmente grande e talmente in crescita.... Per cui abbiamo al contrario la necessità di avere di più. Per cui il fabbisogno è in crescita e noi si era ad uno standard più basso e noi avevamo un pezzo di prestazione socio assistenziale non in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Per cui 37 posti venivano pagati tutti da noi, anche la prestazione sanitaria. E su questo è venuta incontro naturalmente la Regione perché ha aumentato il numero delle quote sanitarie. Quando abbiamo chiesto alla Regione, per ora informalmente, di utilizzare alcune di queste quote sanitarie per fare alcuni progetti di alta intensità, per quelle situazioni in cui la residenzialità è auspicata ma non è proprio indispensabile, tentando di dare una risposta domiciliare, aumentando l'intensità. In più abbiamo incominciato e abbiamo attivato i primi otto posti e poi li aumenteremo ancora. Cerchiamo di costruire un sistema che tenda a ridurre, anche perché al di là di ogni nostra considerazione non la governiamo. Se noi dovessimo costruire un sistema residenziale in base alla domanda che ci arriva d'ambliè, così, dovremmo fare delle RSA gigantesche perché la domanda è altissima, ed ecco l'elemento fondamentale. E' altissima, perché anche la risposta domiciliare possibile è tale perché è la famiglia che è una famiglia a volte mononucleare, più piccola e non trova al suo interno le risorse.

Ma su questo c'è anche un'altra riflessione che noi abbiamo posto anche nel piccolo. Per una serie di effetti noi abbiamo nella nostra zona una spesa farmaceutica di oltre 4 milioni di euro, esclusivamente per gli antidepressivi. E' una spesa gigantesca, perché è uguale alla spesa per tutta la nostra residenzialità. Allora se andiamo a guardarci un po' dentro non solo ci sono elementi di inappropriatazza. Ma c'è un altro elemento: alcune volte l'antidepressivo come risposta dal medico viene perché il medico non ha nessun altro elemento da attivare. Perché cosa sono? Quando poi vai a vedere, sono donne anziane sole e vedove e sono donne extracomunitarie. Perché la signora che stava in una struttura pur contenuta dentro a spazi suoi viveva in una famiglia complessa. C'aveva le sorelle, aveva le cognate, aveva quelle cose. Una vita di relazione ce l'aveva. Se la prendi e la porti in un paesino di 30 persone come Roccastrada e la chiudi in una casa sai quanti antidepressivi poi ti piglia? Allora lavorare per ricostruire tessuti sociali e gruppi di mutuo aiuto in cui i nostri operatori facciano questo e soprattutto questo oltre che dare ed elargire prestazioni è più importante che rendere efficiente questa spesa qua.

E sul residenziale che percentuale della domanda riuscite a soddisfare?

Abbiamo 190 persone in lista di attesa.

Su tutta l'area?

Sulla zona socio-sanitaria grossetana su 240 posti disponibili. Noi ci siamo impegnati del 50% da qui a giugno. Come? Facendo tre operazioni sostanzialmente. Prima: revisionando la lista. Perché la lista di attesa come si è formata? Su domanda. Perché era così. Non può essere una risposta alla domanda. Io faccio la domanda poi mi facevi andare più avanti o più lentamente a seconda della valutazione di non autosufficienza fatta con la UAV dall'Azienda sanitaria. Qualora poi l'azienda sanitaria gli davano il posto, ci chiamava e ci diceva: vi impegnate a pagare la quota sociale qualora ce ne sia la necessità? Questo è un sistema farraginoso, inappropriato e lento. E' un sistema sbagliato e per di più c'erano due liste d'attesa. Perché poi c'erano anche quelle che facevano a noi la domanda per quei posti. Ora abbiamo modificato tutto e c'è una lista d'attesa sola. Seconda: Andiamo verso una riclassificazione dei casi, aumentiamo l'offerta aprendo una casa di riposo, quindi. Terza: trasformiamo alcuni posti in temporanei.

Ci sono anche delle residenze protette, degli appartamenti privati?

Sì, ce ne sono

Avete dei posti in strutture private per cui pagate voi la retta?

Sì, ci sono RSA. Due a gestione diretta. Ora fra noi e l'azienda sono una è Castiglioni che è una casa-albergo per autosufficienti; poi abbiamo Grosseto che è per non autosufficienti e anche un pezzettino di autosufficienti di proprietà nostra. Poi c'è Civitella di proprietà nostra e poi c'è Pizzetti e Scansano che sono proprietà dell'azienda. Queste sono di proprietà pubblica. Poi ci sono Roccastrada e Pilone che sono di una ONLUS che hanno fatto fino a ieri le convenzioni con l'azienda sanitaria. Poi di volta in volta noi pagavamo perché il soggetto non aveva le risorse.

Poi ci sono le case di riposo private in cui vivono i cittadini...

Poi ci sono le private convenzionate. Qualcosa c'è. Non nella zona ma limitrofe a noi. Mercato c'è.

Esistono servi di teleassistenza o sorveglianza attiva?

Ah sì, quella della sorveglianza attiva. D'estate, ma noi lo vorremmo estendere a tutto l'anno come ci dice la Regione. Ora facciamo solo i mesi estivi perché è iniziata con l'assistenza per il caldo. In quel caso noi abbiamo luoghi in cui prendiamo le telefonate e facciamo le telefonate. Noi abbiamo una lista.

Ma è svolta da un'associazione?

No, andiamo noi direttamente. Abbiamo una lista di persone a cui noi telefoniamo, però prendiamo e promuoviamo. C'è un numero verde. Per cui prendiamo le telefonate. A necessità attiviamo. Prima di attivare servizi socio assistenziali attiviamo il volontariato. Ora alcune volte ci chiamano durante l'estate: "Non ce la faccio a uscire è troppo caldo. Chi mi porta fuori il canino? Banalmente!"

Voi fate la telefonata?

E noi si fa la telefonata al volontariato all'AUSER. Durate i mesi estivi. Poi abbiamo un nucleo molto più ristretto che fa la stessa cosa con la Confraternita della Misericordia di Grosseto. Un elenco che gli diamo noi che siamo convenzionati. Noi gli diamo queste persone e loro le chiamano. Gli s'è comprato ad alcuni anche quei salvavita Beghelli, in cui in caso di necessità parte una serie di telefonate. Questo per un'emergenza. Quello che vorremmo fare è che il sistema estivo fosse attivo durante tutto l'anno. Quindi non tanto legato al caldo quanto alla fragilità. Questo in funzione di ritardare più che de-istituzionalizzare il ricovero. Ci sono ricoveri che sono inappropriati generalmente ma che sono inevitabili perché non hanno nulla intorno. Quella persona è sola, al quinto piano, deambula male, c'ha qualche problema. Diventa una complicanza. Se gli si costruisce un minimo di tessuto intorno.

Riguardo alle badanti. Ci interessa sapere se sono attivi servizi di intermediazione per le famiglie nel reperimento degli assistenti familiari.

Sì.

Sono attivi corsi di formazione per le badanti. Quindi voi fate questa mediazione. Conoscete la

domanda, conoscete l'offerta, andate agli sportelli immigrati... Come funziona? Date un numero di telefono e chiama la famiglia... Come funziona il servizio?

In realtà questa cosa è nata perché ora esisteranno delle prestazioni, come quella dell'assegno. Io ti do un assegno e te ci paghi la badante. E questa è anche una misura di emersione del nero. Ma è molto più complessa. Noi abbiamo fatto una sperimentazione con l'amministrazione provinciale che ha messo le risorse sue insieme con quelle della Fondazione Monte dei Paschi. Però quelle risorse arrivano un anno... e poi? Qual'era l'intenzione dell'amministrazione provinciale? Attraverso un accesso puramente amministrativo, un bando, quindi senza valutazione professionale. In pratica noi si dava un assegno mensilmente corrispondente ad un x giornaliero per ogni giorno dimostrato di assunzione effettiva alla luce del sole di una assistente domiciliare. L'obiettivo dell'amministrazione provinciale, concordato con i sindacati era quello di fare emergere. Una serie di risorse dovevano anche essere utilizzate per fare corsi di formazione. Bisogna metterla a sistema ed è una cosa complessa. Ci sono attività di formazione che vuol dire anche accreditamento della persona. Noi abbiamo visto un fabbisogno che ci è venuto da chi ci ha chiesto ed è il fabbisogno di chi è emerso. E' un problema non piccolo perché oggi le badanti hanno dato un risposta che altrimenti non c'era perché con la residenza non ce la fai. Se noi per qualche motivo questo sistema lo facciamo saltare poi ce lo ritroviamo. Per cui bisognerà muoversi con accortezza dentro questa cosa qua. Per cui la nostra mediazione qual è? E' quella che avviene all'ufficio immigrati o avviene nell'UVM. L'UVM ha una serie di persone che conosce con un numero di telefono di riferimento. E quindi dice che questa persona è disponibile a farlo.

Come forma di sostegno alla famiglia in caso di anziani fragili, esistono attività di sostegno ai familiari?

Non oltre quello che fa il Servizio Sociale Professionale

Mediazione e formazione di reti di auto e mutuo aiuto?

Sì su diversi fronti oltre che con gli anziani.

Sono state attivate strategie di coordinamento della presa in carico? Sono state disposte strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dai servizi erogati volti a fornire risposte unitarie e integrate agli anziani?

Noi sui primi 30 giorni arriviamo oggi col fiato corto, ma con l'UVM è un problema che si risolve. Quindi tutta la presa in carico ora è integrata, sugli anziani.

Mentre specificatamente per gli anziani si avviano azioni di contrasto all'emergenza temporanea degli anziani. Con offerta di vitto per forme di emarginazione grave?

Non in maniera sistematica. In quelle condizioni di marginalità economica dell'anziano usiamo i nostri riferimenti socio assistenziali. Noi alcune situazioni ce le abbiamo. Abbiamo servizio di pasti a domicilio, per cui la situazione di emergenza la risolviamo lì.

Un'emergenza istituzionalizzata? Ormai consolidata?

Sì quando si manifesta. Quelli che conosciamo e quelli che non conosciamo quando si determina. E allora facciamo in questo modo qua, con gli strumenti che abbiamo. Perché non è un problema questo per quanto riguarda gli anziani. Ancora non è Roma, Grosseto.

Non avete anziani abbandonati?

No. Certo c'è la signora che ha il figlio che abita a Firenze e che è rimasta vedova ed è sola. Però non è solissima perché il vicino è un amico. Il figlio non è sparito è solo lontano. Non ci sono fenomeni di questo tipo. Invece c'è rispetto alla popolazione adulta. C'è una fascia di persone che vivono completamente ai margini per vari motivi.

Immigrati?

Noi abbiamo soggetti che lo fanno per scelta. Sono marginali anche parzialmente psichiatrici. Quelli più organizzati si mettono in delle specie di casette e poi ti dicono "Io sto bene, cosa vuoi?!". Poi ci sono tutti quelli dell'immigrazione, che sono tutti quelli che magari sono venuti facendo i badanti ma senza una rete. Gli muore il badato e si trovano senza casa. Ci sono immigrati che non facevano né quello né quell'altro e non ce la facevano ad entrare. Molto marginali. Più c'è una parte di clochard, in genere stranieri, che sono di passaggio. Su questo siamo in ritardo perché non riusciamo a costruire un sistema. Non riusciamo a costruire un rapporto col volontariato efficiente e in competizione fra sé. Alcune volte la Caritas sta sulle sue. E poi perché avevamo proposto al Sindaco di costruire un sistema che non è quello emergenziale. Perché sono usciti 50 articoli sul giornale che muoiono tutti di freddo. In questi casi si apre una struttura di emergenza, così come si aprono le metropolitane. Il problema è avere un diurno in cui un nostro servizio e va e contatta queste persone. I cosiddetti servizi per i senza fissa dimora Poi ci sono quelli di passaggio e che alcune volte sono in condizioni molto particolari per cui vanno aiutati per alcune cose. Ci sono quelli che sono in queste condizioni ma che aiutati possono uscirne. Ed altri no perché non lo vogliono

Tornando agli anziani. Voi erogate voucher o buoni direttamente alle famiglie.

No. Noi possiamo in alcuni casi utilizzare l'assegno di cura. C'è la valutazione professionale quindi non c'è l'abbandono dal servizio. Se mi chiedi un servizio che io non ho, io ti assegno 300 euro. A volte, il servizio regionale concorda con la famiglia. Io prendo un part time e curo il nonno, però te devi dare un assegno che si concorda.

Non c'è un regolamento unico per l'accesso a questi servizi?

E' regolato ma la valutazione è strettamente professionale. Lo facciamo anche con l'handicap. Il regolamento dice alcune cose: che non si possono dare più di 700 euro al mese. Non è un accesso amministrativo. Non è un bando.

Passando alla categoria dei disabili, sono presenti qui sul territorio del CO&SO servizi e attività di promozione della salute fisica dei disabili, della salute psicologica dei disabili (centri diurni, servizi individualizzati per disabili, attività di inserimento lavorativo individualizzato)?

Tutte queste cose ci sono, servizi su tutto, non sistematici, e non hanno come per gli anziani il livello di integrazione necessaria fra servizi sociali e servizi sanitari. Noi facciamo delle cose, l'azienda ne fa delle altre. Attività di promozione alla salute fisica dei disabili viene svolta dall'azienda, caso per caso, ma non c'è un'attività organizzata. Il mutuo aiuto: sì, alcune volte c'è, alcune volte è organizzato direttamente dall'azienda sanitaria. Attività di inserimento lavorativo individualizzato per disabili: c'è stata un'esperienza, fatta dall'Azienda sanitaria a cui noi abbiamo collaborato, ora ne stiamo impiantando noi una nuova.

Una cooperativa?

No, è molto complesso. Noi abbiamo nelle zone collinari verso l'Amiata le Strade del Vino e le Strade dei Sapori. Perché dietro c'è una rete di attività agricola. Qui c'è un progetto per qualificare

sul piano sociale questa agricoltura. Allora noi cosa dovremmo fare? Noi abbiamo i nostri soggetti in carica in condizioni di difficoltà, ma inseribili. Allora, noi stiamo costruendo un accordo con le cooperative, gli diamo una serie di chance di tipo economico, che sono appalti per una serie di attività intorno al verde,. Gli diamo spazi e finanziamenti per la formazione e la pre-formazione legata all'agricoltura, sosteniamo con questi soggetti alcune operazioni tra le quali quella della filiera corta, per cui ci saranno dei luoghi in cui verranno direttamente offerti dei prodotti e chiediamo a queste cooperative di organizzarli, e chiediamo alle cooperative che, con il nostro sostegno di tipo sociale, sanitario, pre-formativo, formativo ecc., di accompagnare queste persone nelle loro attività.

Esperienze del tipo "Dopo di noi"?

Hanno costituito un'associazione, hanno fatto una fondazione, costruito una struttura... Ma non ce la fanno, quindi stanno chiedendo la convenzione come RSV, quindi di fatto "Dopo di noi" non c'è.

Progetti educativi integrati per disabili?

Servizi attività e promozione salute psicologica dei disabili, abbiamo un diurno; manifestazione eventi estivi: lo facciamo insieme alle associazioni di volontariato. Poi, servizi ricreativi individualizzati per disabili: no, se non come quasi una stretta di mano, di sostegno all'associazione di volontariato. Inserimento lavorativo s'è detto, dopo di noi s'è detto, progetti educativi: sì, tutti soggetti disabili, si fanno progetti educativi individualizzati in cui concorre la scuola, servizio sociale-professionale, servizi ambientali, sanitari, insieme si coprono le 24 ore del soggetto. Si coprono con la consapevolezza che nel caso di fattori di handicap sono sempre inadeguati, perché, rispetto alle esigenze, perché la famiglia vorrebbe che inconsapevolmente la prestazione fosse quella di rimuovere l'handicap. Allora chiede, chiede, chiede, chiede....Non c'è niente da fare, te gli puoi dare anche....il problema è che loro il bambino lo vorrebbero normale. E questa è una realtà con cui bisogna fare i conti.

Esistono servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale specifici per i disabili?

Specifici nel senso di ad hoc per quella persona. Viene fatto come per gli anziani solo che mentre per gli anziani il percorso è integrato, la valutazione è multi-professionale e la prestazione è integrata, qui invece è separata.

E anche per i disabili la domanda è esaurita o avete liste di attesa?

No no, non abbiamo alcuna lista di attesa, come s'è detto l'altra volta (avevo cominciato e poi forse non so perché), noi ci impegniamo con i comuni a non lasciare nessuna domanda inevasa. Questo che vuol dire che io comune di Roccastrada: 10mila abitanti ti do 460.000 euro, ma non è detto che abbia la risposta per 460.000 euro, l'avrò molto di più, intanto perché si accumulano altre risorse: statali, regionali, le fondazioni ci danno le risorse, la nostra attività imprenditoriale eccetera. Ma io lo faccio sulla base della tua domanda, non è che ti do un budget e poi mi fermo lì. Io quando do un budget ai vari servizi, gli do un budget non comunale, glielo do addizionale e loro, secondo il bisogno lo utilizzano. Cioè, se si manifesta un fenomeno x nel Comune, non è che dico: non lo prendo in considerazione perché sono finiti i soldi.

C'è un accordo tra comuni. Una volta il primo anno si ebbe 7000 euro da una sponsorizzazione, i Comuni dissero di utilizzare criteri per suddividerli. E ci siamo riusciti a costruire, è stato facile, hanno capito subito come funzionava. Ora il Comune di 3000 abitanti ha le stesse prestazioni del Comune di Grosseto, cosa che prima non poteva essere. Ha lo stesso tipo di prestazioni.

Questo è un successo... Non è detto che la risposta sia sempre appropriata. A volte non è appropriata perché ancora soffriamo nonostante... cioè stiamo superando il fatto di non conoscere

se hanno altre prestazioni. Noi cerchiamo di sapere il più possibile dai comuni quali altre prestazioni utilizzano queste persone.

Si promuovono attività di rimozione delle barriere architettoniche per i disabili, relativamente alle abitazioni?

Gestiamo per alcuni Comuni, non per tutti, l'accesso alle risorse regionali per l'abbattimento. È un elemento di informazione sociale. In alcuni casi gestiamo la domanda per alcuni Comuni, per altri no.

Quindi diciamo che viene fatta questa opera attraverso i Pas, poi non vengono stanziati ulteriori risorse per l'abbattimento. Vengono svolte attività di informazione, finalizzate alla prevenzione, per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicati ai problemi della visibilità, anche mediante campagne educative volte a interessare le loro famiglie.

Quindi anche servizi di assistenza, consulenza e formazione a famiglie di disabili come si diceva un po' prima per gli adulti è in via di elaborazione?

Sì, cerchiamo di stimolare l'aiuto, che ovviamente si muove a macchia di leopardo. Più forte è sul disagio psichico. Ma perché lì ci sta una politica sanitaria da tempo.

Servizi residenziali per i disabili ci ha detto...

Li gestisce l'Azienda sanitaria, in strutture diverse. Abbiamo dei moduli dentro le RSA.

Quindi tutto viene gestito direttamente dall'azienda?

Dall'azienda, come venivano gestiti i ricoveri degli anziani.

Lei sa più o meno quanti?

No.

Per i disabili ci sono anche dei servizi dedicati ai trasporti per disabili, un po' come per quelli previsti per gli anziani. C'è la mobilità dei disabili.

Ci sono più fonti verso la scuola, verso il diurno, meno strutturato che per gli anziani perché gli anziani hanno una loro rete di solidarietà, anche istituzionalizzata attraverso associazioni che i disabili non hanno.

E invece ci sono strategie di abbattimento delle barriere architettoniche però non nelle abitazioni per disabili, ma nel tessuto urbano?

Sì, ma noi non ci facciamo promotori, è il comune che è obbligato a questo dalla legge e le abbatte, anche se la vera barriera architettonica ora sono le macchine.... il traffico in crescita esponenziale.

Strategie di integrazione e coordinamento per disabili e nei servizi erogati?

No, qui siamo in difficoltà. Con il servizio sanitario non c'è integrazione. Cioè noi speriamo anche nell'allargamento della legge sull'autosufficienza.

Ma questo già dall'inizio, Infatti l'ha chiamata così, ha detto: si comincia con gli anziani e poi... Che cosa succede? Che noi partecipiamo anche alla formazione del..., ma poi ognuno va per conto suo, nelle prestazioni ognuno va per conto suo. Noi in questo momento a mio parere a livello di sistema è il modo più inappropriato di dare la prestazione perché tentiamo di tenerla separata, e sarà complicatissimo separarla, la prestazione sanitaria. Sanno tutti che non è così, quindi noi aspettiamo in gloria di essere spinti verso questa direzione. La Società della Salute sarà un grande strumento,

speriamo. Cioè, noi facciamo una cosa, noi prendiamo il nostro CO&SO che sono 12milioni di euro e ne diamo il 33% all'Azienda sanitaria, perché l'Assemblea dei Sindaci sarà integrata dal direttore generale, che rappresenterà la AUsl che avrà per proprietà il 33%. E sarà 1/3 della Giunta esecutiva. E qui un rischio c'è perché se si porta dietro le sue cose, lentissime, elefantiache, strutturate, conformi, mai aggressive, mai rapide, mai strategiche...non strategiche. Noi, i sindaci ci troveremo a governare un complesso di cose riguardanti tutte le attività sanitarie del territorio. Ma ce la fanno? Domanda: in Cai chi comanda, Colaninno o Air France che ha il 25%? Colaninno sta lì a difendere il proprio dividendo alla fine e basta, il proprio investimento, la strategia la fa... noi rischiamo qui di far la stessa cosa. E siccome, queste cose vanno spiegate bene se no non si capisce, siccome i direttori generali sono misurati su una serie di dettagli e su questo si piglia uno stipendio, si raggiungono una serie di bersagli. Loro raggiungono altri bersagli, questo non gli fa fare un ragionamento strategico, in questo momento riconvertire l'ospedale al territorio, facendo nell'ospedale l'intensità di cura forse vuol dire anche smontare alcune cose. E ci incontriamo, io me ne vado via, che me ne frega a me di pensare strategicamente. Questo è il grande problema. La Società della Salute dovrebbe, ma questo solo se ha la capacità di governare il suo 66%, se si hanno competenze, capacità, perché in una Giunta in cui usciranno due sindaci, due "assessorucci" alla prima esperienza, il direttore generale fa quello che vuole. Allora, noi s'è corso, perché noi non abbiamo mai ostacolato anzi, però s'è corso per arrivare a un percorso strutturato.

Esistono servizi di monitoraggio della disabilità...finalizzati alla diagnosi precoce della disabilità...anche della presa in carico, in collaborazione magari anche con i servizi scolastici? Ci sono progetti o esperienze nel tentativo di mettere in piedi strutture per una diagnosi della disabilità precoce, prima che si manifesti con una domanda presso di voi.

No, non c'è questo perché non appena si manifesta si presenta da sola.

A volte la famiglia non accetta il problema, a volte le maestre se ne accorgono, ma prima di andarlo a dire ad un genitore che suo figlio ha dei problemi di apprendimento....

Due cose: iniziative nelle scuole per famiglie per cui si capisca ai primi esordi un potenziale disagio psichico. L'altra è che alcune scuole hanno messo su un sistema per cui è presente uno psicologo nostro, convenzionato con noi, che è collegato poi sia all'Azienda sanitaria, sia ad alcune associazioni, e due volte a settimana ascolta e aiuta gli insegnanti, i genitori, noi questo l'abbiamo promosso presso i genitori perché la domanda è forte. Lì non si tratta di una disabilità fisica, di fare una diagnosi finalizzata alla disabilità fisica.

E' più una forma di sostegno alla genitorialità?

È sostegno alla genitorialità sicuramente, però che alcune volte sfocia nel prendere coscienza che c'è un problema. In più c'è questa cosa sulla diagnosi precoce degli esordi psicotici. Perché noi con la Salute mentale andiamo particolarmente d'accordo. Tant'è che il suo dirigente è stato chiamato a gran voce e sarà probabilmente anche lui nella Società della Salute. Quindi, la nostra forza è che i servizi si rimpallano. Per cui ecco ci sono delle cose ma non sono a livello di sistema. Sono a macchia di leopardo.

Quindi non c'è una rete di controllo sull'abbandono dei disabili. Non avete mai avuto motivo di mettere in piedi una struttura del genere.

No, non s'è mai vista. Abbiamo sì famiglie in forte difficoltà, ma ci sono i nostri servizi socio-assistenziali standard, arrivano dove arrivano, hanno i limiti che hanno, però l'abbandono non c'è.

Si prevedono contributi al disabile e alla sua famiglia sottoforma di voucher o buoni?

No voucher no, assegni di scuola sì, voucher no perché ancora non abbiamo messo su il sistema però se si fa si fa per tutti.

Passando all'ambito famiglie e minori, ci sono servizi educativi per la prima infanzia?

Sì, ci sono, per alcuni comuni li cerchiamo noi... perché alcuni oltre al socio-assistenziale ci hanno detto svolgete anche questa funzione, c'è chi ci ha dato tutto. Tre comuni tutto ciò che fanno lo fanno di gestione associata, altri ci hanno detto di gestire dal nido, le attività educative extrascolastiche, le attività per l'adolescenza, metodi di sostegno ai giovani, attività di lettura, etc. Per alcuni facciamo tutto, per altri facciamo qualche cosina, per altri non facciamo niente, ci sono dei posti in cui facciamo poco. Sono tutte gestite da noi.

Oltre ai soggiorni estivi, anche durante l'anno ci sono centri diurni per minori, ludoteche o esperienze del genere?

Sì, ma solo su domanda del comune. I comuni ci utilizzano come strumentario...c'è un comune a cui curiamo i giardini delle scuole, giardini didattici che abbiamo aiutato a costruire (ci sono i giardini delle scuole materne dove ci sono le farfalle, l'orto biologico), tutto ciò che nel nostro statuto è scritto nelle politiche sociali allargate.

Perciò anche i servizi per l'accesso sono stabiliti dal comune?

No, tendenzialmente il comune lascia a noi, ci dà degli obiettivi, però, di norma, l'accesso ai servizi... quello che invece cambia è il pagamento della compartecipazione. Noi di norma tutto ciò per cui l'accesso non è sottoposto a valutazione professionale e appropriatezza, è aperto a tutti,...noi per un comune di 3000 abitanti portiamo 180 ragazzini in piscina tutto l'inverno. Quindi non ci sono limiti all'accesso. Però determiniamo la compartecipazione alla spesa perché alcuni pagano tutto completamente, la prestazione e la pagano a livello economico, cioè quanto a noi la prestazione costa coi ribaltamenti... e altri invece pagano zero.

E sulla tariffa vi accordate preventivamente?

La tariffa è il nostro costo. Magari sono il 3%, però il 3% lo paghi. Perché non ci sta più una lira per dare un welfare così a tutti.

E per le famiglie e i minori c'è un'assistenza domiciliare, con i vostri operatori?

L'assistenza domiciliare e educativa, quando si tratta di minori, la facciamo o con nostri operatori, quando poi la richiesta è troppa abbiamo comunque delle convenzioni.

Aiutate anche nella gestione quotidiana della casa?

Sì, sì, come per gli anziani.

Sono presenti consultori familiari?

C'è il consultorio familiare dell'Azienda.

E quali attività svolge lei lo sa?

IVG, la gravidanza, tutti gli elementi che riguardano...

Mentre matrimoniali per la coppia no?

No, noi però abbiamo invece una cosa che si chiama Punto Famiglia che è concentrato su alcuni servizi. Primo, facciamo con l'azienda, ma faticosissimamente. La prima attività è il centro affidi. Questo fortunatamente è regolato da una norma, ha 102 anni eh?, ma insomma... ci siamo arrivati. Il centro affidi fa il centro affidi, promuove, però fa anche le attività di incontro con i genitori, quando gli incontri devono essere protetti, svolge tutte quelle attività di sostegno alle famiglie in difficoltà.

Si parlava di trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo, è solo per i disabili o è un servizio che voi eragate a tutti i cittadini?

No, il trasporto scolastico lo fanno per noi tutto i comuni, sarebbe una forzatura, poi non saremmo attrezzati a farlo. Lo fanno i comuni. Sui trasporti dei disabili c'è una complicazione comunque siamo arrivati a una convenzione per le superiori con la provincia e per la scuola dell'obbligo con alcuni comuni. Ma in quelle situazioni un po' particolari, non è che passa un pulmino nostro e sale chi vuole, per cui c'è una presa in carico.

Vengono organizzate attività volte a sostegno di donne e minori soggetti ad abuso?

Sì, ci sono due cose, c'è il punto famiglia che però si appoggia anche su una casa protetta, gestita da un'associazione di volontariato in rapporto con noi, che viene utilizzato in casi di violenze o cose di questo genere. In genere noi si mandano in altre province e le altre province li mandano qua.

Predisponete assistenze ai minori in difficoltà attraverso l'accoglienza temporanea?

Abbiamo alcune strutture che accolgono am quando la situazione non è più un'emergenza perché lo sappiamo, alcune volte si trovano minori anche accompagnati in difficoltà. Abbiamo delle convenzioni con delle strutture residenziali per minori, dove paghiamo le rette, sono per quelle persone abbandonate che per cui non riusciamo a fare l'affido. Perché non tutti i ragazzi abbandonati riescono ad avere una famiglia affidataria. Hanno fatto degli istituti a cui paghiamo le rette. Due sono per le emergenze e la raccolta di persone, comunque diciamo che per tutto ciò che riguarda i minori, dall'emergenza al tribunale dei minori, è tutto coperto.

Qui forse abbiamo in parte risposto: siete in grado di offrire assistenza economica per la famiglia in difficoltà, vitto, alloggio?

Se ci arriva una donna in gravidanza, con un bambino, abbiamo una serie di strutture, ci attiviamo rapidamente. Non si tratta di grandi cose, Grosseto non ha le caratteristiche della grande città e dell'emarginazione, ora almeno.

Un'ultima serie di domande abbastanza veloci riguarda gli immigrati: viene favorita l'integrazione di persone straniere e extracomunitarie?

Ci sono circoli di studio, attiviamo anche i circoli di studio, abbiamo una onlus regionale, la "Idee in rete". Il circolo di studio ha il vantaggio di costare meno, ha il vantaggio dell'autogestione. Soprattutto quando si tratta di donne musulmane, perché è complicato portare donne musulmane a un corso dove ci sono altri uomini. Allora dove si auto-organizzano è un po' più facile.

Ci sono servizi per bambini immigrati nell'ambiente scolastico?

Sì, ovviamente non corsi sistematici, dove la scuola ci chiede noi facciamo interventi anche complessi, intervento complesso vuole dire che mettiamo una mediazione a scuola, fra la famiglia e la scuola, anche banalmente per tradurgli le schede. Poi mettiamo una mediazione culturale nella scuola, coordinata dall'attività didattica; inoltre svolgiamo delle attività fuori dalla scuola.

E la formazione del vostro personale? Facilitazione del rapporto professionale con gli immigrati?

Sì, sistematicamente. Poi vanno fatti anche dei bandi per tutte le mediazioni linguistiche che prendiamo dalle comunità. Fatti i bandi, si tratta di colloqui... e scopriamo se all'interno della comunità ci sono dei personaggi che magari.....e si chiamano.

Per quanto riguarda un'eventuale attività di mediazione sulla locazione, se n'occupa il comune? Si prevedono servizi specifici di consulenza e formazione dedicata agli immigrati, come nel caso del sostegno familiare?

Non specifici per loro, ma rientrano come tutte le altre persone nell'attività socio-assistenziale.

Ci sono strumenti per favorire l'iscrizione di stranieri con permesso di soggiorno al sistema sanitario? Abbiamo trovato in alcuni piani l'obiettivo di aumentare l'estensione del sistema sanitario a tutte le persone immigrate, vorremmo sapere se questa è una preoccupazione diffusa.

No, questa non è una preoccupazione, lo facciamo perché fa parte di quell'attività. Quando un soggetto va allo sportello lo fa.

Quindi la promozione e l'accesso degli immigrati avviene attraverso gli strumenti dello sportello e della mediazione culturale. I servizi erogati vengono erogati in ugual misura agli immigrati regolari e irregolari?

Noi non chiediamo il permesso di soggiorno. Lo sportello non ne ha bisogno, per i servizi socio-assistenziali è la legge 41 che ci dice che il servizio e la prestazione vanno dati a cittadini toscani, etc. e a quella condizione a tutti quelli che...appliciamo la legge. Non chiediamo nessuna regolarizzazione e tranquillizziamo, chiunque deve venire lì non significa...

Avete progetti specifici di contrasto alla prostituzione?

Mai stato un problema, non è mai stato vissuto come un problema da nessuna parte. A volte il fenomeno può comportare condizioni di schiavitù o sfruttamento, ovvero non essere una scelta della persona...

No, non è strutturato come fenomeno...noi siamo quelli che s'arriva un po' dopo. Arriviamo dopo rispetto ad esempio alla Provincia di Pisa, di Livorno,...verso Siena, anche verso Pisa si vedeva la prostituzione per le strade, qui non c'è. Esiste come c'è da tutte le parti, ci sono gli appartamenti, ma non quel tipo lì.

Vengono effettuate attività di monitoraggio e controllo di cittadini stranieri senza fissa dimora?

Monitoraggio e controllo no. Noi siamo in presenza di un fenomeno che sta crescendo ora, ma è poco strutturato. Noi ci siamo allo sportello ecco, noi ci siamo tra la Caritas, il Ceis che risolve le cose che i senza dimora gli pongono. Le piccole cose. Titoli di viaggio, ti accompagno a fare una doccia, ti dico dove puoi mangiare, ti dico se hai voglia che ci sono questi qui dove puoi dormire, un po' di accesso al mondo. Vorremmo potenziarla, costruire un diurno in cui si recupera chi vuole essere recuperato. Poi collaboriamo alla bassa soglia, collaboriamo con la Caritas, la quale ha una mensa, e quando la Caritas non funziona interviene il Ceis. Noi alla Caritas non diamo nulla se non

sicurezza, il Ceis invece li paghiamo, loro distribuiscono e noi paghiamo. Sicurezza, protezione: ci sono persone dalla tendenza molto violenta perciò noi facciamo una serie di azioni per distogliere questi soggetti violenti portandoli a mangiare a casa, ad esempio, sollecitando un po' la Questura, ma poco. Facciamo anche cose con il vicinato, se questi non lo vogliono...i nostri volontari la sera distribuiscono al Ceis sacchetti con la cena che paghiamo noi.

Quanti sacchetti vengono distribuiti?

Circa 30mila euro all'anno. Una sera 100, una sera 15. Ci sono i flussi, poi ci sono le emergenze, non ci sono i flussi adattabili, una situazione che si restringe, si allarga... Comunque questa è la bassa soglia, la cosa più strutturata è il nostro mediatore di strada, il passo più avanti e in più abbiamo qualche posto residenziale. Ora cercheremo di strutturarci anche in qualche posto nostro, però insomma siamo in ritardo, anche perché non era mai stato un fenomeno. C'erano 2 o 3 barboni simpatici, così, che però insomma se la cavavano, la semplicità è una risorsa in questo caso.

4. Società della Salute Pisana

Pisa, 21 gennaio 2009

Il modo in cui è posta la domanda è un po' superato dall'attivazione del fondo della non autosufficienza. Glielo dico in modo tale che poi teniamo conto di questa cosa che è intervenuta in modo rilevante. La prima domanda riguarda i PUA (Punto unico di accesso), se è stato effettivamente realizzato e se è prevista nella Società della Salute una sua specifica applicazione per anziani immigrati minori e disabili, o se invece è attivo solo per un determinato ambito di intervento. Se è collegato in maniera esplicita e se è stato attivato con il fondo sulla non autosufficienza. Che tipo di struttura avete in riferimento al PUA.

Il PUA noi l'abbiamo creato quello su Pisa... Sta funzionando dando degli ottimi risultati anche sulla popolazione stessa...è in corso di elaborazione la creazione di altri due PUA periferici sulle zone territoriali più distanti dalla città di Pisa facenti parte del distretto. Questa Società della Salute aveva programmato tre PUA nel suo territorio. Noi, un po' perché volevamo iniziare con una fase di sperimentazione...anche perché per noi è stato un cambiamento organizzativo importante...un po' perché il fondo della non autosufficienza nel 2008 era stato limitato al discorso sugli anziani, abbiamo scelto di fare questo PUA soltanto per il percorso anziani. Però siccome noi abbiamo una particolarità territoriale, che è quella di non avere un ospedale dell'azienda USL di riferimento all'interno...la nostra Società della Salute ha come ospedale di riferimento l'azienda ospedaliera universitaria Pisana...per cui siccome in passato una delle criticità che c'era era anche il discorso delle relazioni tra ospedale e territorio, e in particolare il problema delle dimissioni dei pazienti anziani...noi abbiamo investito in particolare nel PUA come un elemento di regia per questo rapporto...noi avevamo già un progetto in atto, però a questo punto abbiamo trovato il percorso idoneo...per cui abbiamo rodato molto bene il discorso delle dimissioni programmate che....nel corso di un anno sono diventate quasi seicento...quindi un lavoro molto grande....tra l'altro con delle risposte molto varie, perché abbiamo inserito dentro l'ospedale di comunità la residenzialità temporanea, come la residenzialità di lunga durata...l'assistenza domiciliare.....comunque per ora limitato al discorso degli anziani.

Esistono interventi di edilizia sociale operate dalla Società della Salute, a fianco delle altre autorità locali... C'è una forma di collaborazione sul problema edilizia sociale? O la Società della Salute non si occupa di questi problemi?

Noi ci siamo occupati in particolare per quanto riguarda il discorso dell'immigrazione...della popolazione rom...con il progetto città sottili....

Allora, scusi, ci torniamo dopo....Esistono nel contesto della Società della Salute attività di mediazione per l'accesso al mercato della locazione?

In questo caso... siccome noi abbiamo degli assistenti sociali che si occupano in particolare del problema emergenza casa, quindi riferito a persone in stato di fragilità sociale e che possono perdere casa per uno sfratto o per altri eventi, abbiamo fatto un accompagnamento con agenzie....

Quindi c'è questa funzione di mediazione?

Si.

Passiamo all'ambito anziani. Sono attivi nell'ambito della Società della Salute Pisana servizi di

attività e promozione della salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani?

Su questo la Società della Salute non è stata brava perché è nata la Società della Salute e sono partite queste iniziative. Questa è una cosa storica della zona Pisana, e noi abbiamo avuto la fortuna di fare una gestione associata che ormai è di circa dieci anni. Questo ci ha permesso di mettere in sinergia da moltissimo tempo tutte le risorse nel settore sociale e di incrociarle con il sociosanitario. Per cui queste attenzioni erano già nate molto nel passato. Per cui il discorso del centro anziani come centro aggregativo, così come il discorso dell'attività fisica...è nata l'attività fisica adattata, cioè ginnastica dolcema noi avevamo fatto un progetto che si chiama gli amici del cuore per cui le persone che erano a rischio per cardiopatie facevano un percorso con un controllo sanitario a lungo periodo per la prevenzione di nuovi elementi di patologia.

Più di tutto in assoluto però il socioaggregativo degli anziani è sempre stato un elemento di grande attenzione anche a suo tempo nei comuni.

Comunque lei collega questa ricchezza di servizi...

...ad un'attenzione che già c'era nell'ambito dei comuni. Non vorrei che alla fine passasse un concetto che non è vero... cioè del tipo speriamo di avere una sorta di integrazione dei servizi perché c'è la Società della Salute. Questa è stata un elemento fondamentale perché ha dato un'organizzazione chiara e definita, con dei compiti e delle responsabilità, con dei percorsi di programmazione che secondo me sono stati legittimati nel canale legislativo. Ma per quanto riguarda le risorse impegnate, le scelte....queste erano già prima.

Passiamo alla questione dell'assistenza domiciliare integrata. Ci sono attivi servizi di ADI e quali sono i più rilevanti?

Noi abbiamo pensato di fornire una grossa varietà di assistenza domiciliare...parliamo di assistenza domiciliare generale, che va da un'assistenza domiciliare estremamente specialistica e sicuramente integrata, come per esempio quello delle cure palliative dei pazienti oncologici, o comunque per i pazienti che hanno gravi patologie neurodegenerative, su cui chiaramente il percorso ha una larga valenza dal punto di vista sanitario e un supporto dal punto di vista sociale. Poi si passa su un'assistenza domiciliare integrata al 50% in cui c'è un ingresso di personale sanitario con un ingresso di personale sociale, per arrivare ad un'assistenza domiciliare con maggiori elementi di tipo sociale....per esempio nei percorsi in cui ci sono supporti per pazienti disabili su cui l'assistenza domiciliare è più indiretta...per esempio di supporto. Noi cerchiamo sempre di fare interagire in questo percorso sia la componente sanitaria sia la componente sociale, perché su questo noi nel percorso che abbiamo fatto prima di arrivare alla Società della Salute noi abbiamo fatto un lungo periodo di distretto integrato, in cui abbiamo cercato nella struttura distretto di mettere in relazione il settore sociale con il settore sanitario. E su questo abbiamo lavorato tantissimo. Questo perché noi ci eravamo accorti, facendo un'indagine all'interno della nostra struttura, che molto spesso c'erano pazienti che venivano gestiti dalla sanitario senza che il sociale sapesse nulla...e che poi ricevevano risposte sia dal sanitario sia dal sociale, in maniera disordinata...questo aspetto...circa sette/otto anni fa....noi abbiamo fatto una scelta, che è questo palazzo, che è nato prima della Società della Salute...e abbiamo detto: qui ci mettiamo le strutture del sanitario e le strutture del sociale. Così cominciamo a conoscere i percorsi insieme, i responsabili cominciano a lavorare insieme...e questa è stata la base di un percorso assistenziale.... Era proprio la partenza di questo piano terapeutico che praticamente era il "quid" su cui si giocava questo percorso, e quindi questo è nato, diciamo, parecchi anni fa ed è stato poi il filo logico che poi.....il PUA.....non è altro che l'elemento finale di questo, su cui praticamente il cittadino arriva lì e praticamente ha già tutta la risposta.

Quindi lei individua tre tipologie di assistenza domiciliare e la discriminante di queste tipologie è lo

spostamento verso l'intervento sanitario o verso quello socio-assistenziale.

Io la classifico in questa maniera perché è una classificazione che fa comodo a me avendo nel mio cervello un'esigenza spesso legata all'aspetto anche organizzativo ed economico del budget. Per cui praticamente io devo avere...però se il cittadino percepisce questo per me è una tragedia. Il cittadino non si deve accorgere di quello che succede dietro le quinte perché per me è una sconfitta clamorosa. Il cittadino deve avere una risposta, però dal punto di vista mio io so che ho delle persone con dei budget e che praticamente loro devono sapere che il loro budget non venga speso in maniera, come voglio dire, singola, da parte della loro struttura, ma che molto spesso queste risorse devono entrare in gioco con altre risorse di altre strutture. Per cui, se io vado a fare un piano personalizzato su cui per esempio...il paziente che mi esce fuori dall'ospedale, che magari entra in un ospedale di comunità, e quindi ho un aspetto di budget esclusivamente sanitario. Poi magari mi arriva a casa, e quindi a questo punto io ho una sinergia tra aspetto sanitario e aspetto sociale perché ci va l'OTA che gli viene data dal servizio sociale. Poi mi entra nella residenzialità e quindi, praticamente, prende un percorso più grande, però.....questo diciamo, è nella mia mente anzi....molto di più nella mente dei responsabili che si sono sforzati di non pensare che la loro risposta è unica ma che praticamente è soltanto un ramo che deve andare ad incontrare gli altri percorsi di altre persone....

Il cittadino però deve sentirsi....

Il cittadino deve sentirsi che gli arriva quella risposta perché è la risposta giusta per le sue necessità

Immedesimandosi nella sua modalità di ragionamento e assumendo quindi questi tre tipi, si possono individuare le proporzioni della distribuzione delle varie ADI attualmente attive? Sono più numerose quelle spostate verso il sanitario, o quelle 50 e 50 o quelle più socio-assistenziali?

Sì ma, come ti potrei dire...noi dobbiamo cercare di dare una risposta il più possibile completa a tutti questi che ci fanno oggi domanda.

Voi questo tipo di calcolo non lo fate?

No, cerchiamo di non farlo. No, perché chiaramente io ce l'ho....se lei mi chiede qual è la limitante di questo modello, perché c'è una limitante di questo modello....la limitante di questo modello è che il sanitario eroga servizi su un'ottica assicurativa, mentre il sociale eroga servizi su una logica programmatica estremamente rigida. Mi spiego: io all'inizio dell'anno so che a tutti quelli che avranno la polmonite gli devo dare un antibiotico, un'ora di infermiere e quant'altro. Che siano cento o siano centomila, io comunque a questi cittadini gliela devo dare. Dall'altra parte, le ore di OTA che io do come Comune, il Comune mi dice: io gli do a disposizione mille euro, fanno mille ore. Con le mille ore hai finito. E' questo secondo me il grande sforzo che si deve fare, perché io devo arrivare al 31 dicembre tenendo che devo continuare a dare una programmazione anche per quei servizi che io non ho possibilità di avere un'implementazione di tipo assicurativo.

Le faccio questa domanda rispetto a quello che diceva: il fondo per la non auto-sufficienza secondo lei è uno strumento utile a superare questa limitante?

Perché scatta la compensazione. Secondo me, il fondo per la non auto-sufficienza ha una genialità, che è quella di avere detto: questo non è nè sanitario nè sociale. E può diventare una carta di compensazione per quelle che sono le necessità.

Quindi è per far entrare i livelli minimi di assistenza sul socio-assistenziale?

Esatto. Infatti io mi auguro...il momento è tragico e fare prendere una decisione del genere sarà molto difficile, ma io credo che noi, Regione Toscana, riusciremo a fare un grosso salto di qualità il giorno che smetteremo di avere l'idea di una cura sociale... allora a quel punto avremo molto chiaramente una concezione simile a quella sanitaria: questo ce l'hai, ti spetta... questo non ce l'hai...quindi non ti spetta.

Per l'assistenza domiciliare, esistono convenzioni con il terzo settore? Penso senz'altro di sì, però vorremmo capire di che tipo, dimensionarle un attimo.

Allora, andiamo da cose molto particolari...per esempio, abbiamo delle convenzioni con delle associazioni per quanto riguarda gruppi e appartamenti per soggetti con HIV terminale. Questa è una cosa che nasce storicamente parecchi anni fa, quando il problema dell'HIV era più sentito come un problema di natura sociale e di emarginazione. Quindi, nasce in questo contesto. Oggi noi ci siamo resi conto che non c'è più quel contesto di allontanamento ma è comunque un'ottima risposta, perché molto spesso queste persone sono in un disagio sociale ancor prima della malattia, per cui il tossicodipendente che probabilmente avrebbe comunque dei problemi, a maggior ragione se sta con un HIV in stadio terminale diventa una tragedia. Era nato per un altro settore, perché si pensava a persone che non sarebbero state accolte a casa. Per fortuna la malattia ha preso un percorso molto più integrante per quanto riguarda l'aspetto sociale, però questi fenomeni sono abbastanza....quindi questo è uno dei percorsi. Poi ovviamente abbiamo dei percorsi.....delle convenzioni per quanto riguarda l'assistenza domiciliare diretta, per cui noi abbiamo convenzioni con cooperative che ci danno personale...che per esempio vanno a casa di questi pazienti, quindi....erogazione vera e propria di servizi...probabilmente qualche altro cosa, ma in questo momento non mi ricordo.

Quindi, servizi di prossimità?

Sì, telefonia sociale. Avevamo cercato di fare anche questa figura del custode sociale, in cui questo serviva molto anche per quanto riguardava l'autonomia delle persone con un handicap, per cui praticamente il vicino di casa poteva essere la persona che si faceva carico delle problematiche di questa persona.

Quindi, istituzionalizzare un po' la rete, quella che nasce spontaneamente.

Sì, esatto.

È stata promossa o implementata una strategia di deistituzionalizzazione, in direzione dell'assistenza domiciliare?

Questa è l'unica critica che faccio al fondo sulla non-autosufficienza. Secondo me aver definito nel 2008 il numero delle implementazioni delle quote sanitarie è stato un autogol. Io capisco che nasceva da un'esigenza...lo dico perché io ero una delle zone che aveva la lista d'attesa più lunga quindi. all'esterno si doveva vedere che cambiava qualcosa.

Sulla residenzialità...

Sì, però secondo me...il fatto di aver definito che ci doveva essere una quota che doveva andare nell'ottica dell'implementazione dell'RSA, secondo me va contro una logica che è quella della deistituzionalizzazione. La strategia che è stata fatta è stata quella di dire: noi dobbiamo dare all'esterno un segnale forte. Il segnale forte è la riduzione delle liste di attesa delle RSA. Per cui io, Regione, ti dico che del fondo della non auto-sufficienza, X soldi li vincolo all'aumento di quote

sanitarie. Questo inevitabilmente ci abbasserà le liste di attesa, quindi dal punto di vista del risultato che la Regione chiedeva, ci sarà senz'altro. Io sto in una situazione diversa della strategia politica sul livello della Regione di impatto sui cittadini, ma sull'aspetto esplicitamente tecnico potrei dire: io personalmente avrei cercato di fare un processo per cui praticamente....cercare di mantenere il più possibile a casa i pazienti. Secondo me la lista d'attesa nelle Rsa è un dramma.... su alcuni pazienti son d'accordo, il paziente con l'Alzheimer è difficile da tenere in casa, però secondo me ci potrebbero essere anche delle situazioni "border-line".

Per cui se le forme alternative sono sostanziose e pensate meglio...forse si può evitare

Esatto.

Lei è un operatore in questo settore da tempo, la Regione Toscana storicamente ha sempre avuto come obiettivo la de-istituzionalizzazione, quindi non intravede un controsenso?

Ma è stato un aspetto che l'ho trovato...come volgio dire...esterno ad una logica che è stata il filo conduttore di questi anni, cioè la Regione Toscana è sempre stata molto chiara, anche per la creazione dei centri diurni per l'Alzheimer... cioè di trattenere sempre più a livello domiciliare...io vedo di aver messo in piedi un'assistenza domiciliare, ma perché alle spalle avevamo delle linee regionali forti. Non è che questi servizi nascono perché un operatore è bravo... questi servizi nascono perché ci sono le volontà politiche che agiscono sui direttori generali delle aziende, che implementano progetti specifici su questi, danno risorse vincolate a questo... è questo il percorso. E' un percorso che la Regione Toscana anche qui, nasce da oltre dieci anni, che siamo su questa cosa. Io l'unica cosa su cui sono rimasto un po' perplesso è proprio su questo aspetto, ma non perché voglio dire....perché secondo me, capisco la logica quale è stata fatta...cioè io capisco che la logica è stata quella di dire: io mi trovo ad avere sulla zona Pisana... io avevo una lista d'attesa di 180 posti. Però cosa succede? Che la lista d'attesa va molto spesso interpretata. Se io ho una lista d'attesa di 10 persone, è chiaro che tutti sanno che nel giro di 2-3 mesi queste dieci persone saranno chiamate. E quindi, la ricerca di mettersi in lista è relativa. Se io ho una lista molto grande, e so che per esempio ci vorranno 7-8 mesi o un anno, appena io ho qualche problema, mi metto in lista. Tant'è che io me ne accorgo perché una delle cose che ho è che molto spesso io chiamo le persone e rinunciano.

Allora, anche la lista d'attesa va un attimino interpretata. Non è che 180 persone... anche perché io dico sempre, a me, il vero parametro, è quante volte vado a finire, tra virgolette, sul giornale o ho il caso drammatico, che io ho sempre gestito... perché significa che è anche una lista d'attesa un po' falsata. E' chiaro che a me, questo problema, con l'aumento delle quote sanitarie sicuramente, mi si risolve... però secondo me si poteva anche fare una cosa più coraggiosa.

Voi chiederete alla Regione la possibilità di spostare delle quote su altro?

No, perché credo che fa parte del patto istituzionale che la Regione ha fatto con le Società della Salute e con i direttori generali. Anche perché io mi confronto con dei colleghi e espongo a cuore aperto....ma io credo che però alla fine siamo tutti in linea con le scelte regionali. Io dico....faccio questa affermazione perché secondo me c'è stata una forte attenzione al discorso della residenzialità che forse ha messo in discussione una linea molto chiara e molto netta.

Sulle liste d'attesa qual è la situazione per l'assistenza domiciliare? Voi avete liste d'attesa?

Purtroppo sì. Mettiamoci d'accordo cosa definiamo per lista d'attesa. Vogliamo definire quelli che ne hanno necessità o quelli che ne fanno domanda?

No, parliamo rispetto alla valutazione dell'UVM.

La domanda è una cosa, dare una risposta con appropriatezza è un'altra. Ritorniamo al discorso di dire: è chiaro che se io do un'ora al giorno a una persona di assistenza domiciliare qualcuno mi potrebbe dire: ma io vorrei avere due ore al giorno. Però, non è che io mi trovo ad avere proprio casi abbandonati... nel senso di dire no, guarda, ho finito i soldi, non se ne fa di nulla... anche perché, ripeto, abbiamo cercato di fare una strategia ad ampio raggio per cui una risposta alla fine, bene o male, ti viene data. Del tipo: a quello possiamo dare il centro diurno, a quello gli possiamo dare l'assistenza domiciliare, a quello gli diamo la residenzialità temporanea, a quello gli diamo un ospedale. Quindi, secondo me la strategia per poter affrontare questo è proprio quella di poter mettere in campo un grande numero di servizi alternativi e di prestazioni, per poter scegliere poi nell'ambito di questo. Perché è chiaro che molto spesso alcuni servizi sono ingolfati... nel senso, se io finisco i posti in RSA, non è che io poi alla fine gli dico: no guarda, stai in lista, quando si libera il posto entrerai dentro. L'importante è che io riesco a darti un'alternativa su cui praticamente, è comunque una risposta. E' chiaro che non sarà la risposta principale a quelli che sono i tuoi bisogni, però è comunque una risposta che ti permette di affrontare questa lista d'attesa. O comunque questa risposta finale che viene richiesta, quindi su questo ambito abbiamo risposte da dare....dare comunque una risposta al cittadino, perché secondo noi l'attenzione è quella di non lasciare il cittadino solo con il suo problema. Perché molto spesso ci rendiamo conto che poi queste famiglie si trovano in grossa difficoltà e... un'attenzione che noi abbiamo avuto in questo ultimissimo periodo è cercare di fare emergere la domanda non espressa, perché ci rendiamo conto che una grossa limitante per i servizi pubblici è che da noi arrivano solo quelli che sono con una scolarità avanzata, leggono il giornale, vedono la televisione... mentre le persone che si trovano in uno stato, tra virgolette, di disagio, che sono quelle che purtroppo hanno maggiormente una risposta di questo genere, rimangono fuori, rimangono nascosti, latenti... e paradossalmente sono quelle situazioni che poi si presumono essere delle emergenze sul territorio. Io dico sempre: se sul territorio ci stanno delle emergenze è perché si lavora male. Perché se io dovessi organizzare bene il mio territorio, le emergenze dovrebbero contarsi sulle punte delle dita. Invece, molto spesso succede che improvvisamente esce fuori un'emergenza del signore che è rimasto solo. Perché questo è possibile? Su questo io ho avuto un grande confronto con i medici....perché sono loro che comunque, necessariamente, diventano le sentinelle, però a me quello che serve è quello di sapere, per esempio, dove io penso che ci sarà la criticità... per esempio alcuni medici mi chiamano e mi dicono: "senti io qui ho questa signora che ha 85 anni che fino ad adesso è stata bene...". Poi i soggetti, specialmente sui territori dei comuni piccoli, dove c'è una rete integrata ancora, di vicinanza.....fino a tarda età sono autosufficienti...però ci si rende conto che nel giro di pochissimo....

Ci sono progetti in questo senso, ad esempio associazioni di categoria dei medici di medicina generale, medici di base....tentativi di coinvolgimento di questi operatori?

Io con i medici di medicina generale ho una grossa limitante. Perché con i rapporti personali sono più che ottimi. Però loro, sapete che hanno una strategia sindacale molto forte, e la base della loro strategia sindacale sono degli accordi a livello almeno regionale. Quindi, praticamente, io non posso fare accordi locali se poi questi non vengono fatti propri, o comunque iniziati, a livello regionale. Quindi per esempio, quando un agente mi dice...ma quando c'era per esempio il discorso dell'estate sicura, che noi abbiamo partecipato per tanti anni...e poi mi dicevano alla fine: "ma come mai i medici non ti fanno la scheda..?" Ma io avevo ugualmente le segnalazioni... Praticamente io le ricevevo, ma con altri canali. Per esempio, il medico che chiama l'infermiera e dice: guarda, c'è questo problema... non c'entrava niente con il discorso... perché quell'altra era su un percorso molto istituzionale...un blocco di carta da riempire, con cinquanta euro che venivano dati a chi riempiva un blocco di carta. E questa cosa secondo me è un po' come....la strategia a livello regionale dei medici di famiglia, opprime un poco il livello territoriale, perché sul livello territoriale loro si sentono in gioco, perché poi di fatto il medico di famiglia se lo sente il problema del suo paziente

ed è ben contento se i servizi si fanno carico del paziente. Diventa più difficile invece quando tu ti vuoi mettere in gioco, allora lui dice: “Ma io da solo o io come sindacato?” Allora bisogna sentire Firenze che dice. Il nostro è stato più un rapporto diretto e personale tra medici per avere una risposta. Noi abbiamo cercato sempre di essere molto presenti in tutte le loro esigenze, perché sappiamo benissimo che questo rapporto riesce a vivere soltanto se loro si rendono conto che dall'altra parte c'è effettivamente qualcuno che si prende carico dei loro problemi.

Tornando quindi al fondo per la non auto-sufficienza e il discorso de-istituzionalizzazione, rispetto alla residenza, quali servizi di tipo residenziale permangono all'interno del vostro territorio, in quali forme, pubbliche o in convenzione?

Diretta, attraverso strutture pubbliche, poi attraverso un'IPAB, e poi attraverso posti in convenzione. Abbiamo un'offerta sia per quanto riguarda la residenzialità definitiva, la residenzialità temporanea, e i centri diurni.

E la lista d'attesa è di 180 persone?

Adesso è un pò calata.

I posti che voi date, più o meno quanti sono?

Mi sembra che siano intorno ai 500. La lista d'attesa credo che sia adesso intorno a 140. Perché anche questa ondeggia nel tempo, nel periodo estivo aumenta... anche se una volta c'erano dei picchi stagionali che ci rassicurano perché significa che allora l'aspetto climatico non influenza più come una volta. Una volta, nel mese di agosto e nel mese di gennaio, avevamo dei picchi di mortalità, e praticamente adesso noi non assistiamo più a questo aspetto. Quindi anche da questo punto di vista c'è stata un'attenzione proprio all'aspetto climatico all'interno delle strutture, al fatto che ormai tutte le strutture hanno l'aria condizionata che magari, sette/otto anni fa così non era. Secondo noi, questo ha cambiato notevolmente l'aspetto del paziente.

Esistono servizi di telesoccorso o teleassistenza? Come funzionano? Esistono convenzione del terzo settore?

Questa la fa il terzo settore. Abbiamo una commissione su cui prendiamo questi casi, e vengono inseriti nel servizio. Abbiamo cercato di fare un servizio di telefonia attiva...non è soltanto un servizio passivo... E poi su questo...abbiamo fatto per esempio dei momenti dell'estate anziani... avevamo messo in piedi sempre con il terzo settore la possibilità di andare a far le spese, di andar a comprar l'acqua...

Ma la lista si allunga durante l'estate?

No.

Quanti sono gli utenti?

Questo glielo faccio sapere.....se volete...a parte il fatto che li trovate nel PIS.

Quali sono le regole di accesso utilizzate dalla commissione?

Beh in generale soprattutto l'aspetto sociale di una persona se è sola, e magari se si trova in condizioni di difficoltà o di distanza rispetto a vicini o amici... l'aspetto economico... cioè i parametri credo che siano comuni a tutte le strutture.

Sono attivi i servizi di mediazione per le famiglie nel reperimento di assistenti famigliari, cioè le badanti?

Ci stiamo lavorando. Era uno dei percorsi che abbiamo cercato di mettere in piedi proprio con il discorso del fondo per la non-autosufficienza. Anche qui c'è un'integrazione con un'associazione di volontariato, e la provincia come assessorato al lavoro... per cercare in futuro di fare una sorta di albo delle badanti... per cui praticamente, evitare quello che è il rapporto amicale per cui oggi c'è il reclutamento di queste badanti, e nell'aspetto specifico secondo me era importante questo percorso perché con il fondo per la non-autosufficienza noi abbiamo cercato di fare emergere il lavoro nero per cercare di pagare noi i contributi delle badanti. Quindi avere un aspetto duplice sia di supporto nell'aiuto alle famiglie sia di emersione del lavoro nero.

Quindi pensate, o sono già attivi, a corsi di formazione, quindi ad una qualificazione delle badanti?

Sì.

Sono già attivi?

Attraverso questa associazione stiamo cercando di mettere in piedi proprio...sul discorso delle badanti noi siamo all'inizio ma ci rendiamo conto che...noi abbiamo fatto anche un altro aspetto che secondo me ha dato un ottimo risultato. Abbiamo preso un'assistenza domiciliare nostra che ha un'azione di controllo delle badanti. Molto spesso queste persone non hanno nessuna preparazione di tipo tecnico e quindi... c'è la possibilità di andare a vedere dandogli consigli... perché altrimenti il rischio è che, riferito molto spesso a quei pazienti che non stanno in famiglia, ma che sono soli e hanno la badante, praticamente poi rimangono in balia della badante. Noi cerchiamo di avere questa fase di controllo su questi pazienti. Noi l'abbiamo fatta attraverso l'assistenza domiciliare. Attraverso un percorso su cui noi siamo diventati la garanzia del percorso badanti, perché secondo noi è importante anche una fase di verifica di questo servizio.

Prevedete attività di sostegno alla famiglia dell'anziano sotto forma di attività formativa e consulenziale di sostegno mediante attivazione di reti di auto mutuo aiuto?

Sì, abbiamo cercato sempre di facilitare il discorso dell'associazione dei famigliari sia per quanto riguarda i pazienti con patologie molto gravi tipo l'Alzheimer, ma anche i famigliari dei pazienti che si trovano nelle strutture.

Corsi di formazione direttamente messi in piedi da voi rivolti a famigliari di persone anziane?

Abbiamo fatto qualche incontro su loro richiesta, per esempio i famigliari dei pazienti che hanno l'Alzheimer hanno richiesto per esempio di avere degli incontri con dei neurologi, degli specialisti, per affrontare delle problematiche spicciolate... tipo questi pazienti che molto spesso prendono la porta e se ne vanno. "Come facciamo noi? Chiudiamo la porta e nascondiamo la chiave?" Ecco, cose piuttosto elementari che però aiutano nella vita famigliare.

Quali sono i tempi di presa in carico? Da quando si manifesta l'emergenza a quando viene erogato il servizio?

Dipende dalla necessità. Ci può essere una presa in carico immediata come quella per esempio del paziente che esce fuori dall'ospedale. Il percorso nasce in corsia con l'ammalato quindi probabilmente si può dire che c'è una continuità di presa in carico... così come può nascere nell'immediatezza... ci può essere il caso su cui il soggetto abita con la moglie... la moglie ha un

problema di natura sanitario urgente... e il disabile rimane solo, e quindi a questo punto la risposta deve essere immediata. Quindi, da una fase immediata per queste azioni, al massimo può essere sette giorni, su questa risposta.

La valutazione dell'UVM avviene nei dieci giorni...

Nei dieci giorni tutte....

Per l'erogazione del servizio?

Erogazione del servizio come risposta data al cittadino? Non è che io in dieci giorni gli do il posto in RSA

Quali sono le medie dei tempi?

Il nostro sforzo, su cui è imperniata l'UVM, perché mi sembra che poi la decisione a livello regionale sia questa....che poi alla fine l'UVM ha avuto un'evoluzione nel tempo che secondo me è stata sostanziale. E' partita in tempi passati un o' come la commissione invalidi civili. Tu vieni, ti faccio una valutazione, e ti metto bollino rosso se hai bisogno di RSA, bollino blu se hai bisogno dell'assistenza domiciliare....poi però, una volta che io ho messo il bollino...se c'è posto o no non è più di mia competenza. Questo noi ci siamo accorti da qualche anno che era uno dei disagi più grossi. Perché poi il cittadino si rendeva conto... soddisfaceva molto l'operatore che stava nell'UVM, perché faceva una sorta di corte d'appello in cui si sentiva molto soddisfatto delle decisioni... e poi alla fine c'era qualcun altro che doveva fare il cattivo. L'ottica su cui noi abbiamo lavorato questi anni... questo è stato un percorso che ha fatto la Società della Salute, ma che poi è stato... abbiamo rivisto pari pari nel discorso della legge della non autosufficienza.... è che questa è una struttura che gestisce un budget e quindi tu potrai mettere tanti bollini rossi quanti ne hai a disposizione e tanti bollini blu quanti ne hai a disposizione.

Non vede un pericolo in questo... nel fatto che se io ho tot bollini rossi e mi si presenta tot più uno pazienti che avrebbero bisogno del rosso... esauriti i rossi comincio a mettere i blu?

No, ma infatti l'attenzione che ci deve essere è che....a parte il fatto che non funziona nessuna organizzazione, di avere svincolato la risposta dall'elemento economico... questo è un aspetto organizzativo generale, però la nostra attenzione era proprio sull'appropriatezza delle risorse. Non eravamo convinti, come non lo siamo mai stati convinti che tutte le risposte di RSA erano appropriate in quel momento, vale a dire che non c'era nessuno sforzo di parlare con le famiglie... vedere se questi pazienti potevano avere il centro diurno... è chiaro che se io dovessi dare una risposta alla residenzialità a tutte le richieste che mi danno allora io mi prendo carico di tutti i problemi del soggetto e la famiglia ha risolto tutti i problemi. Per far questo bisognerebbe costruire delle RSA che sarebbero da 20.000 posti. Lì nasce anche il problema di dire: io ho una risposta che è molteplice, ed il mio ruolo non è solo quello di dare una risposta ad un bisogno ma deve avere: una risposta quanto più aderente e salvaguardare l'autonomia e l'inserimento a domicilio del paziente, e in ultimo cercare anche di avere un occhio a tutto quello che è la possibilità di risposte che do ai miei cittadini. E' inutile che io dico è importante mettere il centro diurno, se poi alla fine al centro diurno non ci vuole andare perché nessuno e perché chiaramente è molto più semplice se vai nell'RSA. Soltanto se io ti dico: no, tu hai a disposizione cinquanta posti di RSA e venti posti di diurno... e allora a quel punto ti devi mettere in gioco te operatore e devi cercare di inserire le persone nel centro diurno, perché secondo me bisogna anche cercare di essere laici da questo punto di vista. O noi diciamo che il centro diurno non serve, e a questo punto riconvertiamo i venti posti del centro diurno in quattro posti di residenzialità oppure, se siamo tutti convinti come lo siamo sempre stati, che questo centro diurno serve, bisogna cercare di riempirlo. E siccome oggi gli

operatori che fanno questo lavoro sono gli operatori dell'UVM, è chiaro che il loro obiettivo è quello di cercare, non soltanto consumare quelle che sono le prestazioni in RSA, ma cercare di dare tutto... tutta la possibilità che ha... infatti secondo me credo che nel prossimo futuro il responsabile dell'UVM sarà una persona molto, ma molto importante. Perché si troverà a) a dover interagire con un'organizzazione complessa socio-sanitaria e b) comincerà ad avere un budget che è estremamente importante. Perché sarà tutto il budget della non auto-sufficienza. O io lo responsabilizzo mettendoci dentro i soldi, che fanno parte alle prestazioni, o altrimenti – ripeto - diventa una sorta di commissione invalidi civili, secondo me il modello tiene dieci secondi, dopodiché è inevitabile che vada a finir male.

Organizzate assistenza primaria temporanea contro le emergenze delle persone anziane in situazioni di marginalità? rispetto a quel che diceva prima: vitto, alloggio, vestiario per casi emergenziali di persone anziane in stato di abbandono.

Il paziente abbandonato quasi sempre ha dei grossi problemi di natura fisica... noi cerchiamo per quanto possibile di utilizzare l'ospedale di comunità come un elemento di compenso per quanto riguarda questi pazienti. Cerchiamo di non arrivarci a questo, di avere una prevenzione... ma comunque sia cerchiamo di dare la risposta attraverso un ospedale di comunità per quanto possibile.

...un'assistenza più continuativa, non tanto temporanea....

Continuativa ma nel giro di sette o dieci giorni, ma sono quei giorni che ti permettono la presa in carico dell'UVM e di dargli una risposta se necessario di domiciliare... istituzionale con l'assistenza sociale... magari si manda l'assistenza domiciliare a pulirgli casa, a verificare, un po' di più di un vitto alloggio perché molto spesso ci siamo resi conto che questi pazienti dal punto di vista sanitario hanno delle grosse *defaillance*.

Quindi sono attraverso forme pubbliche, cioè ospedali di comunità, non in strutture convenzionate?

Sì noi l'ospedale di comunità ce l'abbiamo... è pubblico nel senso che lo paghiamo noi, ma lo facciamo attraverso una convenzione.

Quindi non è a gestione diretta.

No.

Prevedete contributi, sempre agli anziani e alle loro famiglie, come voucher o buoni?

Beh l'abbiamo dato adesso per il discorso delle badanti. Devo essere sincero... io sono sempre molto restio al discorso economico, perché secondo me i soldi peggio spesi oggi in Italia sono le indennità d'accompagnamento, che sicuramente sono una forma molto ingente dal punto di vista economico, ma che secondo me hanno uno scarso impatto poi negli effettivi bisogni della persona non-autosufficiente.

Viene più accettata come un momento economico, non come un'esigenza a dare una risposta o comunque una tutela all'autonomia delle persone

Quindi, diciamo, usate questo strumento ma limitatamente....

Con grande cura e con grande attenzione... poi il servizio deve dare delle risposte... mi sembra piuttosto manicheo quello di dire: "uno apre il portafogli e ti da cento euro". Se uno ha un'esigenza uno deve cercare di dare una risposta in partenza.

Quindi non esistono sussidi per l'alloggio...

Nei limiti del possibile ci sono cose di questo genere, ma sono cose legate... come voglio dire... nell'alta marginalità esiste. C'è il problema di quello per esempio, che si trova ad essere moroso e quindi rischia di perdere la casa. Abbiamo un'esigenza in tal senso, e quindi ci prendiamo carico su questi aspetti.. però è limitato su alcuni aspetti straordinari e sull'aspetto specifico della casa....

Buoni acquisto per la spesa?

Nell'alta arginalità si. Non è che io ho mille anziani, che per esempio gli diamo il buono. Abbiamo questo, ma per i casi di alta marginalità che devono avere comunque un carattere di temporaneità, sennò si rischia di avere una pensione, praticamente.

Passiamo all'ambito dei disabili. Sono presenti servizi e attività di promozione della salute fisica dei disabili. Le elenco alcuni esempi, poi li riprendiamo singolarmente. Promozione della salute fisica dei disabili? Promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili? vedendo gli esempi che abbiamo fatto prima, cioè centri diurni, eventi, soggiorni estivi, ecc. Servizi riabilitativi individualizzati? In particolare abbiamo visto in alcuni casi: musicoterapia, o altre attività più specifiche. Qual è la vostra esperienza, eventuale, di inserimento lavorativo anche attraverso cooperative di tipo B? Progetti... se ci sono, se non ci sono...se ci sono cose simili. Qual è il tipo di rapporto vostro con i servizi scolastici per l'individuazione di progetti educativi individuali? Qual è l'entità del bacino di utenza dei disabili, e all'interno di questo se ci sono altri strumenti che voi avete individuato, quali sono, e qual è l'entità dell'attività?

Sui disabili, dal punto di vista organizzativo siamo un pochino più indietro. Siccome noi crediamo che questo aspetto del PUA e dell'unità di valutazione deve poi diventare... deve integrare questo aspetto... ci siamo soffermati. Noi abbiamo messo in piedi come tutti i GOM e tutta l'organizzazione. Però secondo noi, questo aspetto che è partito con la legge sulla non-autosufficienza, che momentaneamente ci hanno detto... fermate perché questo per ora è solo per gli anziani, ma che comunque sappiamo che nel prossimo futuro interesserà anche i disabili. Quindi sull'aspetto dell'organizzazione era inutile partire quando sappiamo che comunque dovremo andare su quel tipo di organizzazione. Mi riferisco al discorso dell'organizzazione perché secondo me sui disabili c'è maggiore difficoltà nell'integrazione dei vari servizi, e in particolare sui servizi della salute mentale, che tradizionalmente hanno un po' più di difficoltà... soprattutto quelle disabilità diciamo border-line. Nel senso che loro sono più tarati per la salute mentale tra virgolette pura, ammesso che esista una salute mentale pura, e un po' più difficile è il rapporto per quanto riguarda la....

Le patologie non evidenti?

Esatto, ma su cui è indispensabile la competenza di tipo psichiatrico. Noi abbiamo cercato anche qui, con una sensibilità già spiccata che c'era nel passato, di cercare di dare delle risposte abbastanza importanti. Cito un caso perché secondo me è una cosa abbastanza grossa. Noi, per esempio sul discorso del trasporto sociale, relativo ai bimbi per l'inserimento scolastico, abbiamo fatto anche trasporti, ma adesso dobbiamo rivedere... anche per gli inserimenti lavorativi, credo che nel prossimo futuro non li potremo più mantenere. Ma insomma, una zona come quella Pisana spende circa un milione e trecentomila euro solo per il trasporto. Quindi è trasporto disabili, anche nei centri diurni.... perché anche il discorso del centro diurno, non è soltanto dare il centro diurno. Ma il centro diurno ha dei costi molto alti nei trasporti, sia per quanto riguarda andare a prendere l'utente e riportarlo... ma se il centro diurno non diventa una sorta di doposcuola, ma cerchi di dargli iniziative per cui... abbiamo cercato di mettere situazioni su cui vanno in piscina, vanno a cavallo... anche lì c'è il costo dei trasporti. Noi su questo discorso dei trasporti abbiamo dato

mandato la volta scorsa di rivedere... perché non riusciamo più a sostenerla una cosa del genere. Perché dal punto di vista economico, io ho detto: dovremo fare delle scelte particolarmente importanti, e pensavo che proprio l'accompagnamento lavorativo del disabile, su cui noi ad oggi abbiamo dei disabili che accompagnamo al lavoro, probabilmente non riusciremo più a permettere. Dovrà essere a suo carico. Noi abbiamo fatto un tessuto di questi centri diurni, perché poi alla fine, il centro diurno è un centro diurno che soprattutto per i soggetti giovani è una risposta appropriata a quello che c'è dopo la scuola. Mentre i ragazzi ormai la scuola è accettata come elemento di integrazione come grande momento di ricerca di autonomia dei ragazzi, per cui le famiglie hanno una risposta, e la richiesta che poi chiedono a noi è un'integrazione con il percorso riabilitativo. Le grandi domande che ci sono sui minori disabili, sono: l'inserimento a scuola con l'insegnante di supporto e quant'altro, preferibilmente con la costruzione di un progetto personalizzato, e poi dall'altra, parallelamente, il discorso della riabilitazione, che è molto sentito. Questo sul discorso dei minori. Quando poi i soggetti intorno ai venti anni escono dal percorso scolastico... è chiaro che praticamente li dipende anche da come sono strutturati. Allora cerchiamo di lavorare moltissimo nell'inserimento sociolavorativo, perché su questo abbiamo avuto degli ottimi...

Quanti utenti avete?

Tanti. Dico tanti perché ricevo io i contatti...

E cooperative...è un territorio ricco da questo punto di vista?

Sì, ma per fortuna ci sono anche privati. Da questo punto di vista c'è una buona risposta. Abbiamo messo un educatore ad essere proprio elemento di raccordo su queste cose, perché secondo noi questa è una risposta soprattutto per quelli che non hanno disabilità gravissima, per cui praticamente è anche un'apertura verso l'esterno che è fondamentale. Su quelli che sono i disabili gravi, molto gravi, chiaramente il centro diurno diventa una risposta fondamentale. Il problema che stiamo affrontando adesso sul centro diurno è praticamente cercare di trovare poi una tipologia di centro diurno dopo... perché mentre una volta i disabili...almeno quando io facevo l'università... dicevano che per esempio una patologia come i Down non andavano oltre i quarant'anni... per esempio oggi noi abbiamo dei disabili che arrivano a sessanta, sessantacinque anni. Allora, il fatto di avere un centro diurno con delle caratteristiche di tipo socio-riabilitative spiccate, oltre che ormai aver perso un po' di significato, c'è anche il problema di cercare di dare delle risposte a coloro che invece si affacciano su questo percorso. Quindi dobbiamo cercare di trovare più dei centri non socio-riabilitativi ma comunque sia aggregativi, su cui il soggetto disabile anziano ha comunque una risposta. Abbiamo cercato di lavorare sul discorso del "dopo di noi", perché anche questa diventa una cosa importante, perché cominciamo ad avere genitori di ragazzi disabili che si avvicinano agli ottanta, ottantacinque anni... e su cui la loro richiesta pressante è questa appunto.

Stiamo cercando di inserirla attraverso delle strutture di case famiglia su cui poi.....io credo che sia anche giusto che questi inserimenti in queste strutture avvengano quando i familiari siano viventi... per cui anche se questi pazienti... è un po' traumatico prendere un paziente alla morte del genitore, che rimane solo, e portarlo dentro... è una vera e propria istituzionalizzazione. Se invece il soggetto ha iniziato un percorso in una casa famiglia, per cui per dieci/quindici anni è inserito... la perdita dei genitori sarà sempre un elemento traumatico, però avrà in un'altra maniera trovato un elemento di affetto che in qualche maniera riesce a fargli sopportare la mancanza dei genitori.

Qual è il tipo di rapporti con gli istituti scolastici?

Con gli istituti scolastici cerchiamo di avere rapporti stringenti. Noi abbiamo una problematica relativamente a questo... non è una problematica... noi siamo molto fortunati, però alcune volte succede che queste fortune mi danno dei problemi. La (incomprensibile) è una struttura con una

professionalità altissima. Succede però che molto spesso questi pazienti si riferiscono direttamente alla (incomprensibile). Per cui questi pazienti si manifestano a sei anni. Questo per me è un elemento di disagio, abbiamo cercato di fare di tutto, facendo dei percorsi di segnalazione, perché uno dei problemi che sulla disabilità è importante è quello di avere una conoscenza abbastanza esatta.

Su questo abbiamo cercato di mettere in piedi dei percorsi stratosferici perché su questo aspetto la (incomprensibile) ha un rapporto diretto... ci stiamo lavorando ma è molto complesso perché loro sono una struttura di eccellenza, di terzo livello... non voglio dire che ci snobbano, però in qualche maniera sentono meno il problema del territorio della zona... siamo uno dei piccoli problemi che loro hanno svolto, ma che per me è un problema fondamentale.

E' presente all'interno della Società della Salute un servizio domiciliare socio-assistenziale specifico per i disabili?

Diamo una risposta di assistenza domiciliare anche per i disabili. Il ragionamento è lo stesso di quello per gli anziani. Abbiamo cercato di lavorare molto con il discorso delle progettualità, all'interno dei progetti del piano di zona.

La domanda viene soddisfatta o meno?

Cerchiamo di dare una risposta appropriata a tutte le tipologie di domanda. Ci rendiamo però conto che molto spesso le aspettative che hanno gli utenti sono di gran lunga superiori alle possibilità che abbiamo.

Sulla disabilità si sente di fare lo stesso discorso fatto sugli anziani o riconoscete di essere un pò più carenti?

Qui siamo carenti. Sugli anziani c'è stato un investimento che non è soltanto il fondo per la non-autosufficienza, nasce da molti anni. Mi sembra che sui disabili ci sia stata un pochino più di....alcuni elementi più....di economicità minimale, il minimo indispensabile.

All'interno di questo, ci sono servizi di riabilitazione individuale domiciliari, assimilabili all'assistenza domiciliare socio-sanitaria, quella fatta per gli anziani, però specifica per i disabili?

Dunque, sui disabili abbiamo un buon servizio di riabilitazione, per i minori, su cui abbiamo fatto grandi investimenti e su cui i genitori sono molto... le associazioni sono molto forti, e ci richiedono interventi in piscina e altro. Per quanto riguarda il discorso domiciliare, viene fatto per lo più nel percorso nella disabilità post-acuta...il soggetto che ha l'ictus, la paresi. Anche perché una riabilitazione intensiva a livello domiciliare non è che si riesce a fare molto. Si riesce a contenere i disastri della postura a letto, ma non c'è un grande supporto dal punto di vista del recupero funzionale.

Promuovete attività di rimozione delle barriere architettoniche per i disabili relativamente all'abitazione, o alla mobilità individuale del disabile?

Vi racconto un aneddoto. Una delle cose che volevamo fare come Società della Salute era... tutti i comuni hanno una gestione per quanto riguarda l'eliminazione delle barriere architettoniche... normalmente il comune mette un bando, rispondono i cittadini, e praticamente si fa una graduatoria. Quando nacque la Società della Salute una delle cose che avevamo in mente era di fare un unico bando come Società della Salute e di gestirlo noi a livello centrale. La Regione ci ha scritto e ci ha detto che non lo potevamo fare, perché non rientrava nelle prerogative della Società della Salute essendo una materia che è esclusa dal consorzio. Allora dissi: vuol dire che saremo il supporto

tecnico ai vari comuni che ce lo chiederanno...

Non lo so per quale motivo... si è fatta la delibera di giunta...ci scrisse la Regione che era un elemento di criticità. Noi volevamo fare... io posso avere tre cittadini che si trovano nel comune di Orciano, di 800 abitanti, cittadini gravissimi che potrebbero avere necessità di avere un supporto economico per mettere un ascensore... poi mi trovo 30 cittadini a Pisa che stanno in condizioni più lievi. Avere una graduatoria unica avrebbe portato che indipendentemente dal comune dove stai... contava il maggior disagio dei cittadini. E questa cosa non è stata accettata.

Lasciando l'abbattimento delle barriere architettoniche, sul tutto il resto dell'attività la Società della Salute fornisce ed eroga ai cittadini della zona.....il numero dei servizi che erogate ai cittadini di un comune è proporzionale alla quota che il comune fornisce alla Società della Salute o è a prescindere?

Il servizio è uniforme per tutti. O la gestione associata nasce con dei criteri alti di esigenza... altrimenti sembrerebbe soltanto un abbattimento dei costi.

A noi risulta però che in alcune Società della Salute i meccanismi siano questi...

Perché io sono un fortunato, perché ho fatto un percorso... non per bravura mia, perché quando sono entrato era già iniziato... ma era un percorso...non è che 5 anni fa abbiamo deciso di dare una sterzata... ma era un'evoluzione della politica e delle amministrazioni abbastanza prolungata nel tempo... un altro aspetto poi è fondamentale: se tutti i giorni ti cambiano il livello politico dei comuni, per cui io posso dire che ho una collega che sta a Viareggio e c'è una diatriba enorme tra comuni di destra e comuni di sinistra... è chiaro che io ho avuto la fortuna di avere una linea politica abbastanza stabile e di avere avuto, anche su comuni che poi sono cambiati... però hanno percepito la bontà. Soprattutto è stato fondamentale l'aver detto: anche se il cittadino della zona pisana decide di andare ad abitare a Vecchiano sa che gli aspetta questo. Perché si trova in questa condizione, economica, di salute e altro.....

Vi sono attività di formazione anche finalizzata alla prevenzione per l'accesso ai servizi specialmente dedicati ai problemi della disabilità, anche mediante campagne educative rivolte agli interessati o alle loro famiglie?...anche nell'ottica dell'emersione del bisogno...

Ripeto che sulla disabilità noi....abbiamo lavorato tantissimo sulla segnalazione precoce della disabilità, più che sulla campagna informativa del giornale... più su dei percorsi assistenziali per fare arrivare nel momento del bisogno, che per noi è fondamentale.

Ci sono servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili, anche mediante attivazione di reti di mutuo aiuto.

Le associazioni sono molto forti e molto organizzate... non dimentichiamo che noi abbiamo una consulta all'interno della Società della Salute dove queste associazioni sono rappresentate a livello abbastanza forte. Molto spesso le richieste che loro fanno hanno una grossa limitante... che è l'aspetto economico. Secondo me la Società della Salute nasce in un momento di grande crisi economica, e quindi tantissime di quelle che sono le idee e le necessità di risposta poi si vanno a confrontare con la scarsità di risorse.

Esistono servizi residenziali per disabili. In quali forme? pubbliche o in convenzione? La domanda viene soddisfatta e qual è la capacità di smaltimento?

Noi abbiamo, come tutte le zone, delle RSD per disabili. Abbiamo cercato in questi anni di fare un lungo lavoro di recupero dei disabili all'esterno della nostra zona, perché noi avevamo ereditato una

situazione... in particolare relativa ai pazienti psichiatrici su cui al momento della chiusura dei manicomi c'è stata una sorta di diaspora... e quindi abbiamo cercato di riportare nei limiti... ci possono anche essere delle esigenze... di cercare di riportare su questo elemento, e anche con una certa attenzione a non dover istituzionalizzare troppo... perché se con gli anziani bisogna stare attenti, con i disabili bisogna stare attenti dieci volte. L'elemento di criticità forte nella disabilità potrebbe anche essere l'istituzionalizzazione del disabile, e questo sarebbe una tragedia, perché una volta che un disabile giovane entra in un istituto, non c'è una fase di ritorno. Già è difficile anche nell'anziano... ma i soggetti giovani si istituzionalizzano, e poi diventa un grosso problema.....le stesse famiglie la trovano come una risposta che elimina il problema, su questo bisogna avere grande attenzione. Noi cerchiamo di lavorare moltissimo sul discorso dei centri diurni, che sono una risposta importante per la famiglia, ma al tempo stesso gli dà la possibilità comunque di stare sempre nel contesto familiare.

Ci ha già detto che il trasporto per disabili è molto impegnativo per la Società della Salute in una fase di ripensamento e di contrazione...

Sì, di verifica di appropriatezza. Abbiamo cercato di razionalizzare.

Ma si tratta di servizi in convenzione o gestiti direttamente?

In convenzione.

Anche nello scolastico...per i disabili?

Sì. Noi abbiamo fatto questo percorso di razionalizzazione. Prima ogni comune aveva una convenzione. Abbiamo cercato di riportarci ad una convenzione unica. Ora però mi sembra che si sia allargato un po' troppo il contesto e che vada ripreso in mano. Si vede effettivamente che uno può investire tanto, ma quando sei quattro o cinque sovradimensionato c'è qualcosa che non funziona, occorre fare una valutazione sull'appropriatezza.

C'è una strategia di abolizione delle barriere architettoniche, non nelle abitazioni, ma delle strutture pubbliche?

Era una delle cose che la Regione aveva vincolato ai comuni. Perché i comuni dovevano presentare il tema, stavano lavorando su questo...vediamo un attimo.

Vi interessate di questi interventi?

Ci interessiamo della cosa perché secondo noi è importante, però riesco anche a capire che la Regione giustamente si è stufata di dare soldi su cose che già erano state fatte o che magari erano state presentate in passato... e quindi mi sembra legittima la posizione della Regione.

Ci sono strategie di coordinamento della presa in carico dei disabili?

Sui disabili l'idea è sicuramente quella del PUA. Noi ci siamo un pochino fermati, sennò saremmo andati in quella direzione.

Quindi i soggetti disabili entreranno nello schema del fondo per la non auto sufficienza?

Certo, anche perché non ha senso fare lo sportello per disabili. Poi l'anziano disabile cosa facciamo, lo mandiamo in un altro sportello?

Quindi voi vedete un ampliamento dei PUA anche ad altri ambiti...?

Certo.

Esistono servizi di monitoraggio della disabilità di vario genere sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce, al fine della presa in carico, in collaborazione anche con i servizi scolastici?

Per noi diventa una cosa fondamentale, perché quando noi ci siamo accorti di questo sommerso che esce fuori solo al momento dell'ingresso nel contesto scolastico, diventa una tragedia... anche perché poi succede che i pazienti continuano ad essere in carico alla Stella Maris. E lì diventa un problema del rapporto degli operatori della Stella Maris con le strutture scolastiche. Perché se tu vuoi che il bimbo sia sempre in carico alla struttura della Stella Maris, se io mando a scuola l'assistente sociale o la neuro-psichiatra territoriale che non conoscono il caso... è quello un problema grosso di sinergia.

Quali sono gli strumenti?

Innanzitutto abbiamo cercato di avere un rapporto con la neonatologia, per cercare di avere un rapporto per quanto possibile in tempi reali di quelle che sono le possibilità di disabilità al momento della nascita. Poi un altro aspetto è con la legge 104... comunque dell'handicap a livello della medicina legale. Su questo abbiamo cercato di avere dei rapporti, e poi in ultimo con dei percorsi che stanno dando dei buoni frutti, ma molto lenti e molto lunghi, con la Stella Maris.

Quindi qui il problema nasce per la presenza della Stella Maris?

Non vorrei un discorso del genere: "A Pisa hanno uno degli istituti migliori d'Italia e loro lo vedono come un problema!".

Però mi sembra che quello che state mettendo in piedi non è un contatto diretto con la Stella Maris. Questi interventi che descriveva sono per individuare soggetti che comunque già hanno un servizio, il bisogno di questi soggetti già trova una risposta (anche se fornita dalla Stella Maris). Noi ci aspettavamo strumenti per l'emersione di un bisogno sommerso e latente... magari famiglie con basso grado di scolarizzazione, o giovani coppie che non percepiscono o non vogliono ammettere di avere un figlio disabile.

No questo non succede più. Questo succede quando i percorsi assistenziali che vengono messi in piedi dalla famiglia non sono quelli comuni. Faccio un paradosso: io un figlio di un miliardario non lo prendo mai in carico, perché questo chiaramente lo porta a N.Y., lo manda a Parigi. È chiaro che in questi casi io potrei avere dei casi di cui non sono a conoscenza, perché la famiglia mette delle alternative che non mi riguardano. La scuola la fa privatamente, il prof. se lo porta a casa. Quindi il problema nasce per questi pazienti perché vengono presi in cura in un settore parallelo di altissimo livello, quando poi c'è l'incontro con il livello scolastico, lì nasce il problema. Perché quando c'è da fare l'inserimento a scuola, l'integrazione. Ma se io so che comunque sia Mario Rossi ha avuto un problema alla nascita, e so che sta alla Stella Maris e nel momento in cui prima di entrare a scuola il settore territoriale si incontra con la Stella Maris e si prende... per me il problema va più che bene.

Effettuate in modo sistematico un'attività di supervisione e controllo dello stato di abbandono dei disabili? C'è una rete di controllo e di monitoraggio.

Su questo è competente il sociale territoriale. Per i soggetti in carico alla famiglia... oppure quando la famiglia è assente e in altri casi che sono istituzionalizzati ormai da molti anni e le famiglie sono sparite, allora il servizio sociale territoriale ha una funzione di servizio e di controllo... e anche in

alcuni casi la psichiatria.... anche se è difficile parlare di verifica di appropriatezza perché sono pazienti entrati da ormai dieci o venti anni e le alternative di uscita sono molto molto scarse.

La Società della Salute è in grado di offrire assistenza per le emergenze dei disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali e di emergenza tra cui vitto alloggio vestiario? Noi immaginavamo casi border-line, quando una situazione di integrazione viene a mancare.

Non è un tipo di emergenza che esce fuori, anche perché io parto da un presupposto: questo tipo di emergenza è più relativa al settore della alta marginalità. Il soggetto che decide di vivere fuori dai canali canonici può essere messo in crisi se per esempio per dieci giorni la temperatura va a dieci gradi sotto zero. Però difficilmente il soggetto disabile che ha dei problemi di natura sanitaria ha di questi problemi.

Per i disabili si prevedono forme di voucher o buoni?

Cerchiamo di fare sempre questo discorso dei servizi.

Passiamo all'ambito famiglie e minori. Vi sono servizi educativi per la prima infanzia 0-2 anni, asili nido, nidi famiglia, micro nidi, se sono in convenzione, come sono distribuiti?

Di questo aspetto se ne occupano essenzialmente i comuni, l'assessorato alla scuola.. Perché noi poi siamo agganciati all'assessorato alle politiche sociali, anche se poi alcuni comuni agganciano alle politiche sociali la casa, altri altro ancora, e quindi dipende dalla delega dei comuni. Noi abbiamo un grosso aggancio con il socio-educativo, per quanto riguarda i soggetti adolescenziali piuttosto che il supporto alle giovani coppie per il nido.

Sul socio-educativo che tipo di esperienza avete?

È stata fatta questa esperienza: siccome alcuni assessori avevano la delega al socio-educativo, il tavolo della Società della Salute è diventato anche il tavolo socio-educativo dei comuni, pur essendo staccato, e questo ha fatto in modo che nel momento in cui c'è il discorso dei giovani, in particolare sul discorso della violenza, del bullismo... questo aspetto ci ha favorito perché l'integrazione può essere abbastanza stretta su questo settore.

Centri diurni, ludoteche, sempre per la prima infanzia?

Sì, però questo l'abbiamo gestito attraverso i progetti del piano di zona.

Sono gestioni dirette o in convenzione?

In convenzione.

Quali sono i requisiti per l'accesso alle ludoteche e ai centri diurni per bambini?

Questo mi mette un po' in difficoltà....non posso saper tutto. Ci sarà un regolamento... però non so quali sono i requisiti.

Sono attualmente presenti servizi educativi per minori....centri diurni ludoteche, soggiorni estivi, ecc.?

Sì.

Avete un consultorio per i giovani?

Sì, un consultorio giovani... e poi ci sono altre progettualità sempre sul piano di zona che agiscono sui giovani. I progetti contenuti nel PIS, ce ne sono parecchi. Poi ci sono progettualità legate a vacanze estive, ludoteche e quant'altro... non è preponderante.

Prevedete attività di assistenza domiciliare finalizzata alla famiglia?

Non ce lo possiamo permettere. Se io dovessi avere delle risorse a questo punto le metterei sui disabili. Gli anziani ora sono la parte predominante. Secondo me infatti in questo momento noi siamo in sofferenza con la disabilità.

Prevedete trasporto scolastico per la scuola dell'obbligo.

E' una materia di competenza dei comuni. Già mi sembra che abbiamo grande competenza sui disabili, quindi...

Disponete di consultori familiari. Se sì, quali attività svolgono?

Questo sì. Non è il vecchio consultorio familiare della legge del 65, però non è nemmeno il consultorio in cui si fa la prestazione sanitaria punto e basta, è una via di mezzo, per i disagi della famiglia che possono arrivare: il minore o il tossicodipendente che ha dei problemi, da questo punto di vista c'è comunque un'attenzione dal punto di vista familiare.

Organizzate attività volte al sostegno di donne e minori soggetti ad abuso?

Sì, per questo abbiamo avuto vari progetti anche a livello nazionale. Con un grande rapporto con associazioni come la Casa della Donna su cui abbiamo un appartamento per le donne che sono state vittime di violenza. Nei casi in cui ci sono problematiche di abuso. Questo è un settore che abbiamo tenuto in grande considerazione.

E poi avete anche l'accordo con le autorità giudiziarie...

La segnalazione con il pronto soccorso dell'azienda ospedaliera. Quasi sempre il segnale parte dal pronto soccorso.

Quindi anche quando non c'è un'esplicita ammissione della violenza...

Non possiamo fare un trattamento obbligatorio

No, però magari per la donna che arriva con lividi e dice sono caduta dalle scale...

Viene attivato un percorso su cui un operatore cerca di avere un rapporto su cui se c'è la possibilità di un'apertura cerca di entrare dentro.

Gestite o sovvenzionate comunità protette per madri?

Sì.

Predisponete assistenza ai minori in difficoltà attraverso la costituzione di case famiglia per l'accoglienza temporanea. ?

Quelli che vengono dati dall'autorità giudiziaria per noi è un obbligo.

Quindi avete case famiglia sul territorio?

Non proprio sul territorio nostro, qui sul nostro territorio c'è solo una che ci fa le emergenze.

Quindi avete strutture emergenziali....

E poi esistono strutture abbastanza vicine.

Voi curate i rapporti?

Quando il tribunale fa l'allontanamento dai genitori, dalla famiglia, per noi resta l'obbligo di competenza. Tra l'altro è un obbligo del servizio sanitario nazionale.

Quindi voi prendete contatti con le strutture vicine?

Sì, quando il giudice non ci dice addirittura di mandarlo nella struttura specifica, alcune volte è stato il giudice che ci ha indicato la struttura.

Offrite assistenza primaria per le emergenze economiche della famiglia in stato di abbandono mediante interventi materiali, vitto, alloggio, vestiario?

Sì, qui l'emergenza alta marginalità esiste, ed è l'unico settore su cui può essere previsto questo intervento.

Ma ad esempio: collaborate con il banco alimentare o altri enti simili?

No.

E' una cosa di cui vi fate carico direttamente?

Eroghiamo dei buoni da spendere in alcune strutture per le famiglie. Poi abbiamo dei rapporti per l'alta marginalità....

Assegni straordinari per le madri e le gestanti finalizzati alla natalità?

Possono essere previsti.

La Società della Salute favorisce l'integrazione degli immigrati extracomunitari attraverso l'apprendimento della lingua italiana?

Sì, abbiamo avuto un progetto nel quale abbiamo fatto dei corsi in italiano agli stranieri, fatti dalla struttura.

Favorite la mediazione culturale attraverso una formazione specifica del vostro personale?

Sì, abbiamo avuto dei corsi di formazione. Il problema è un po' la normativa di riferimento abbastanza complessa. Abbiamo fatto conoscere il percorso all'interno della nostra azienda, e poi abbiamo messo in piedi un servizio di mediazione culturale rivolto agli utenti. C'è o la compresenza o la presenza su richiesta degli operatori.

Nell'ambito dei consultori famigliari, prevedete servizi specifici di consulenza e formazione dedicati agli immigrati a sostegno delle responsabilità familiari?

Questo l'abbiamo avuto più che altro con i Rom, ma è difficile entrare in questi contesti. Su cui cerchiamo di avere una fase di controllo soprattutto per quanto riguarda la scolarità.

Come funziona il consultorio familiare? Svolge anche una funzione proattiva?

Se il consultorio lo immaginiamo come un edificio di cemento dove ci stanno gli operatori allora non lo farà mai. Io il consultorio lo metto in rete con i progetti di relazione, se io dovessi aspettare i bimbi Rom che vengono a farsi le vaccinazioni o che vengono a scuola per conto loro, potrei anche chiudere le strutture. La mia è stata la ricerca di un investimento in un settore per mettere delle cooperative che lavorano con le famiglie: prendono il pulmino, li portano a fare le vaccinazioni, lì il pediatra gli spiega l'importanza di alcune cose,... allora così ha senso.

Il consultorio familiare è il centro fisico, ma poi ha senso se c'è una proiezione dei rapporti.

Svolgete attività di mediazione per la locazione con soggetti immigrati?

Noi abbiamo fatto da *trait d'union* con associazioni che hanno preso in affitto degli immobili.

Favorite l'iscrizione sanitaria per stranieri con permesso di soggiorno e relativa fruizione di servizi sanitari?

Fa parte dei nostri compiti istituzionali.

Ci interessa sapere se ci sono dei progetti specifici.

Noi abbiamo un progetto che è nato tantissimi anni fa per un ambulatorio per extracomunitari, uno degli elementi di aggancio è che poi queste persone si fanno carico di una pubblicizzazione, se uno mette l'affissione sul manifesto non serve a nulla. Su questo aspetto cerchiamo di mediare in questa fase di bisogni.

Avete strutture analoghe per facilitare l'accesso ai servizi?

Abbiamo uno sportello immigrati, abbastanza strutturato.

Avete anche forme di accompagnamento individuale?

Nell'ambito di questi progetti ci possono essere delle necessità a cui cerchiamo di rispondere anche individualmente.

Avete progetti specifici per situazioni di marginalità connesse all'esercizio della prostituzione?

Abbiamo un progetto di prevenzione denominato progetto Sally che ha come compito quello di andare nelle vie dove ci sono fenomeni di prostituzione (per lo più maschile), per cercare di instaurare un canale di recupero. È un progetto che nasceva con i Comuni, dapprima il comune di Vecchiano da solo, abbiamo cominciato a poter lavorare insieme cercando di fare dei percorsi assistenziali. Poi c'è da prendersi carico delle problematiche di questo...che non sono poche nè semplici. Cercavamo di fare emergere il disagio delle persone, spesso c'è la volontà di uscire ma non si sa quale è il percorso, e così le persone continuano.

Strutture volte a rispondere all'emergenza abitativa di soggetti immigrati?

Sono presenti alcune attività di dormitorio gestite in convenzione.. Faremo una struttura nostra che però sarà gestita in convenzione. I servizi non riescono a gestire direttamente queste strutture, e anche qui ha senso se viene messa in rete con delle altre realtà tipo la mensa della Caritas. Volevamo anche fare entrare il servizio sanitario che destiniamo a questi soggetti in maniera tale che poi diventi un punto di aggregazione per questi soggetti per cercare poi di dare una risposta integrata.

Il dormitorio attualmente attivo e presente lei sa di quanti posti dispone?

Dovrebbero essere circa venti posti letto.

E la nuova struttura?

Un pò più grande. Intorno a 30/35 posti.

Quindi rimane il dormitorio a cui si aggiungono 30 nuovi posti?

No, il dormitorio viene chiuso e i posti trasferiti.

Quindi ci sarà un aumento di una quindicina di posti... Avete attività di monitoraggio sui cittadini stranieri senza fissa dimora?

Sì. Sono le cooperative che lo fanno, ma di fatto questi soggetti sono ampiamente conosciuti. Per me è fondamentale avere questa conoscenza: io devo distinguere chi sono i cittadini che posso considerare residenti da quelli che non lo sono. Io avevo 15 persone che stavano qui da 10-15 anni, ovviamente non vanno a fare la domanda in comune. Quando diventano non autosufficienti cosa faccio? Quando gli viene l'ictus cosa si fa? Quindi è una discriminante per cui io riesco a dire: questo lo posso considerare un residente della mia zona. Non posso prendere qualsiasi persona che qui ha un problema. Uno dei problemi è che arrivano persone con gravi patologie per le quali l'azienda ospedaliera dice: "Adesso con questa questione che cosa faccio? Io la dimetto..." Ma io dico sempre: "Questa persona veniva da qualche parte, è legittimo che il comune da cui viene si faccia carico dei suoi storici". Questo sarà un problema grosso e in aumento, e le necessità di queste persone saranno molto forti. Non è che puoi dire che una persona non esiste.

5. Società della Salute Alta Val di Cecina

Volterra, 4 febbraio 2009

In primo luogo grazie davvero per l'intenzione di volerci aiutare in forze. Questa ricerca è una ricerca dell'Istituto Italiano di Scienze Umane di Firenze, i cui committenti sono CESVOT e Regione Toscana. Abbiamo selezionato otto tra Società della Salute e Zone Distretto, quattro Società della Salute e quattro zone distretto, due delle quali tradizionali e due innovative, cioè costituite in forma di consorzio. In primo luogo vogliamo apprezzare il grado di effettività dei diritti sociali in Toscana per quanto riguarda l'assistenza sociale. Sentivo che parlavate della non autosufficienza, che è tema caldo: noi avevamo immaginato una traccia e poi è intervenuta questa accelerazione dalla fase di sperimentazione a quella pilota, poi si è passati alla realizzazione effettiva, per cui credo che sia interessante cominciare a parlare di questo tema, che orienta tutti gli altri. A che punto siete con questo progetto: siete stati coinvolti nella sperimentazione, nella fase pilota, con quali risorse e adesso a che punto siete? È già operativa, in che misura e con quali risorse per il 2009?

Abbiamo partecipato alla fase pilota, con contributo regionale, che ci ha consentito di incrementare il centro diurno anziani, risposta ai bisogni da tempo segnalati dalle famiglie coinvolte. In più un progetto innovativo, per cui si è prevista un'attività di formazione, la creazione di un albo delle assistenti familiari e quindi contributi alle famiglie per coloro che regolarizzavano la posizione. Abbiamo avviato questi tre progetti inseriti nella fase pilota, ora stiamo sviluppando la fase a regime: abbiamo individuato le linee di indirizzo, sempre con l'obiettivo di favorire la permanenza a domicilio. Noi non abbiamo liste di attesa in questa zona per i ricoveri in RSA, abbiamo piccoli fenomeni in certi periodi, certamente abbiamo bisogno più di ricoveri in periodi temporanei, ciclici. Si parte da un contesto particolare: il taglio delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, lavoriamo in un contesto di sviluppo di bisogni e servizi per l'anziano e nello stesso tempo abbiamo avuto tagli e anche se la Regione Toscana ce li ha un po' ammortizzati (30%, il taglio è stato del 20%) il fenomeno si sta comunque sentendo.

Quali risorse avete avuto durante la fase pilota?

136.000 Euro.

E adesso a regime, per il 2009?

500.000 Euro.

E non ci sono liste d'attesa?

E' evidente, ci sono periodi in cui abbiamo liste d'attesa, ma è limitata nel tempo. Mentre abbiamo visto che c'è una domanda anche per ricoveri temporanei e allora si è previsto nei progetti da attivare con risorse aggiuntive la possibilità di incrementare i posti a rotazione, anche all'interno del centro diurno, per favorire la permanenza vicino al domicilio. Abbiamo in questa zona due centri diurni: uno a Castelnuovo, potenziato già in fase pilota e lo manterremo anche nella fase a regime, e uno a Volterra, ma poco sviluppato e verrà ampliato compatibilmente con le risorse.

Pensate che il passaggio a fase istituzionalizzata del progetto possa aumentare la domanda, aumentando i canali dell'offerta? Oltre all'aspetto della regolarizzazione pensate possa esserci maggiore richiesta? L'idea è che prima l'assistenza domiciliare potesse essere schiacciata da

aspetti di residenzialità, quindi case, residenze assistite eccetera. Adesso con questo riorientamento delle priorità magari una famiglia è più restia a istituzionalizzare un proprio membro, invece se vengono date risorse per accudirlo in casa allora la domanda potrebbe aumentare.

Bisogna dire che noi lavoriamo da anni sul domiciliare, quindi diciamo che già da tempo l'operatività dei servizi era orientata anche sulla domiciliarità, tant'è vero che i ricoverati in strutture convenzionate, autosufficienti, non ce ne abbiamo da anni, perché da anni avevamo fatto un lavoro di deistituzionalizzazione, di istruttoria e analisi del bisogno... erano indirizzi regionali...

Erano indirizzi regionali, ma l'attuazione era variegata...

Noi da circa dieci anni non abbiamo più ricoverato una persona che non fosse non autosufficiente, allora valutata dall'UVG, oggi UVM.

Voi avevate allora già una struttura simile?

Un'unità di valutazione geriatria.

E avete semplicemente riconvertito le strutture esistenti...

Sì, dal punto di vista organizzativo, si sono seguite le indicazioni della Regione Toscana, attivando il Punto unico di accesso già nel 2006 e questo è stato un elemento importante, soprattutto per il collegamento tra l'ospedale e il territorio.

Fisicamente con quanti sportelli opera?

Un Punto unico di accesso a Volterra. Poi ci sono i Punti insieme, ma sono arrivati ora. Quindi noi già nel 2006 abbiamo attivato il PUA, sede fisica a Volterra dove c'è anche l'ospedale, e ha cominciato a operare con operatori distrettuali, attraverso un'organizzazione che si è dato con un protocollo fatto con la struttura ospedaliera: con vari reparti si è fatto un protocollo dove ci siamo messi d'accordo e si è informata la struttura ospedaliera sull'esistenza e sul ruolo del PUA e ci siamo messi d'accordo sulle modalità di attivazione del PUA. Quindi: quante ore prima di essere dimessa una persona deve essere segnalata al PUA. Con questa organizzazione l'equipe del PUA va in reparto, vede l'utente, parla con i familiari, si rapporta con i medici, viene avviato un percorso di facilitazione della dimissione, con attivazione di percorsi specifici.

Questo dal 2006?

Da giugno 2006

Prima della non autosufficienza? Era un vostro progetto autonomo?

No, era un progetto sperimentale come USSL 5: eravamo candidate tre zone (questa, la zona Val d'Era, la zona pisana). Come USSL 5 ci eravamo candidati con la Regione per avviare questo percorso organizzativo. In vista del fondo... forse è prematuro: in vista di migliorare la presa in carico del non autosufficiente

Tutti i non autosufficienti o solo gli anziani?

Tutti. Se si verifica il caso di un non autosufficiente ma non ha l'età si valuta lo stesso.

Invece l'UVG?

C'era già

Era indipendente dal progetto del PUA?

C'era già da prima. Però da quando abbiamo attivato il PUA abbiamo anche regolarizzato la costituzione dell'UVM, quindi PUA e UVM sono stati i due elementi organizzativi per migliorare la presa in carico del non autosufficiente, quindi anche l'UVM l'abbiamo fatto nel 2006.

Io volevo aggiungere una cosa. Abbiamo attivato il PUA nel 2006 quindi prima della non autosufficienza e l'UVM, con la modalità della presa in carico all'uscita dall'ospedale, perché abbiamo verificato che nel nostro territorio dove abbiamo una diffusione di presidi e servizi sia di assistenza professionale, sia medici di famiglia, il vero bisogno della presa in carico nasce all'uscita dall'ospedale. Ora, alcuni Punti insieme, distribuiti nei presidi distrettuali ...

Quanti ce ne sono?

Quattro. Si vede che la domanda di accesso è aumentata, soprattutto da ottobre. Poi con il progetto delle badanti nuove famiglie si sono rivolte, quindi si vede la crescita del numero di accessi, e il calo delle liste d'attesa.

Il PUA serve soltanto la non autosufficienza o è utilizzato anche per altri ambiti di intervento?

No, è utilizzato solo per questo. Altri ambiti cosa intende?

Minori, famiglie eccetera.

No, nell'ambito della non autosufficienza, per la presa in carico e soprattutto è nato come collegamento con l'ospedale, ma ora che ci sono i Punti insieme, secondo noi, per l'esperienza che abbiamo avuto, il Punto insieme deve rimanere per questa fase molto critica e delicata di dimissione dall'ospedale, perché prima si verificava che la persona dimessa arrivava a casa impreparata, non aveva un ausilio, non sapeva a chi rivolgersi

Non pensate che il sistema dei Punti insieme come front office e PUA possa essere...

Potrebbe essere, però va visto, perché finora non mi pare ci sia la percezione di quale sia l'operatore adatto a stare nel Punto insieme e questo dipende secondo me anche da che cosa fa.

Sociale piuttosto che sanitario?

Anche tutt'e due insieme, perché un sanitario è in grado di leggere solo l'aspetto sanitario e magari non si rende conto che c'è anche un'altra problematica.

Non ci sono protocolli relativi alla non autosufficienza soltanto?

Ci sono protocolli, ma quando c'è la persona davanti o ci si limita a fare domande, qualsiasi persona ci sia (le figure sono tre: sanitarie, sociali e amministrative). Indipendentemente da chi c'è, se io stabilisco le domande da fare a chi pone un problema: chi c'è lì si limita a porre domande secche e poi le passa a un'equipe o altri operatori che vanno a vedere il bisogno.

Non è questa la funzione dell'UVM?

Sì, e quindi è lì che si legge il bisogno e si valuta se il desiderio espresso era coincidente con il bisogno. Questo per dire che si deve capire cosa far fare a chi sta al Punto insieme e poi non si deve spingere oltre perché rischia di disorientare il cittadino.

Ho visto i documenti della Regione: c'è una griglia molto dettagliata per la valutazione, con l'attribuzione di pesi su una scala da 5 a 1 o qualcosa del genere. È già stata attuata?

Si riferisce alla scala polare?

Credo di sì, alla fine vengono assegnati dei punteggi, cinque, in cui si pesano...

Sì, sì, viene utilizzato per poi stilare il progetto, perché in base a quello noi decidiamo il progetto, è all'interno dell'UVM, che può essere sia ricovero in struttura o l'assistenza domiciliare. Questo viene fatto all'interno dell'UVM, queste scale vengono adottate dall'assistente sociale e quindi io ho partecipato ad alcune sedute dell'UVM, ma come responsabile dell'Unità funzionale delle strutture residenziali seguo un po' più quell'aspetto lì.

Il patto quanto è formalizzato? È proprio un patto con la famiglia?

All'interno dell'UVM ci dovrebbe essere anche la famiglia, che però di solito non c'è

Perché non c'è?

Perché non c'è ancora quest'abitudine

Ma il punto è amministrativo oppure è la famiglia che lascia la persona non autosufficiente ai servizi?

Non è proprio così: di solito quando la famiglia si rivolge all'assistente sociale è sempre lì con una richiesta, sta all'operatore vedere, nell'UVM... si valuta il bisogno, non tanto la richiesta della famiglia. Poi sta all'operatore rimodulare la richiesta iniziale, quindi sicuramente la famiglia molte volte richiede il ricovero e all'interno dell'UVM molte volte delle richieste di ricovero non sono state accolte perché...

Sono state dirottate sul domiciliare?

Sono state dirottate, ed è nella professionalità dell'operatore di riformulare quella che era la domanda iniziale. Non viene fatto ancora, perché nell'UVM non c'è la presenza del medico di base, figura fondamentale, e della famiglia, però il contratto viene rifatto con la stessa famiglia da parte dell'operatore.

Non c'è ancora nel senso che a regime prevedete ...

Il medico di famiglia è molto complicato... Vengono invitati, c'è un contatto, però è difficile. La riunione fisica dell'UVM, che viene fatta la mattina... La presenza fisica di un medico di Castelnuovo Val di Cecina, che dista un'ora di macchina, non si può pretenderla.

Questa è una criticità.

D'altra parte non si può neanche pensare in questa zona di fare un'UVM unica. E quindi c'è questo contatto con il medico, ma non è presente

Sicuramente il medico viene invitato e all'UVM c'è già una scheda che questo ha compilato, ma la presenza fisica sarebbe molto importante

E per quanto riguarda la famiglia?

Questa partecipazione della famiglia all'interno dell'UVM ancora non c'è. Noi l'abbiamo anche discusso, l'intenzione è di trovare una modalità, che non è facile

Con che frequenza si riunisce, mensile?

Dipende dal bisogno, comunque settimanale o quindicinale, sicuramente quindicinale, quando c'è bisogno anche bisettimanale. Nella seduta dell'UVM noi seguiamo quattro o cinque casi, perché poi vediamo. È lì che viene stabilito il progetto

Però la famiglia è coinvolta prima e dopo: certo è una delle criticità. Dobbiamo trovare il modo di far partecipare la famiglia, però questo ancora non è stato fatto. Ma il contatto viene fatto poi a seguito della valutazione dell'UVM, perché la famiglia è importantissima.

Proprio su questo, all'inizio mi parlavate di questi interventi per l'emersione del lavoro irregolare. In concreto questi contributi sono volti all'emersione o anche a dare un contributo alla famiglia per il pagamento del servizio?

Tutt'e due.

In alcune unità, ci dicono, i fondi che abbiamo sono sufficienti solo a compensare la perdita di reddito derivante dal pagamento dei contributi. In altre unità ci dicono: noi abbiamo più fondi e quindi il nostro obiettivo non è solo l'emersione.

Con i fondi della Regione non è che si potesse fare, quindi condivido. Si è cercato di prevedere un contributo che fosse non solo pari alla differenza, ma fosse anche un incentivo.

Cioè, operativamente, quali sono le scale.

Come richiesta pervenute a noi ne sono arrivate 43, poi ne sono state accettate 40, perché 3 non avevano i requisiti.

I requisiti sono reddituali?

Sì, ve li ho elencati. C'era essere anziano ultrassessantacinquenne e residente in Alta Val di Ceceina e poi le condizioni di non autosufficienza e per questo le dicevo prima che è scattata la richiesta della valutazione; poi la richiesta dell'ISEE, quindi i requisiti di reddito, l'attestazione dell'avvenuta regolarizzazione dell'assistente, quindi portare i bollettini e sapere quante ore lavorative, perché un punteggio più alto lo davamo se avevano almeno 25 ore di lavoro e poi eventuale documentazione per la formazione dell'assistente familiare: questo perché poi ci serviva come collegamento all'altra iniziativa della formazione. E su questi, 2 non avevano i requisiti: una signora non aveva la dichiarazione di non autosufficienza e un altro è deceduto prima e non ha fatto in tempo. Una signora invece ha rinunciato non si è capito perché. Quindi poi alla fine sono state 40 e a queste abbiamo dato un contributo finora di 5 mensilità e avevamo fatto un patto di 200 euro al mese

200 euro al mese. Pensate di confermarlo in questi termini a regime?

Noi rivedremo in parte anche un po' il percorso. Vorrei fare una premessa: questo progetto l'abbiamo condiviso con gli organismi di partecipazione della Società della Salute e con le organizzazioni sindacali. Abbiamo messo in piedi, e anche le varie proposte, soprattutto questo progetto, per noi innovativo, è ci è sembrato opportuno di condividerlo: quindi la scelta è stata di ridurre un po' il contributo e di dare risposte a un numero maggiore di famiglie. Ora probabilmente

nel 2009 faremo una valutazione dei risultati e adotteremo dei correttivi sulla base dell'esperienza: faremo tesoro della nostra esperienza e di quella degli altri.

Ma in che direzione, pensate di aumentare questo contributo o pensate di doverlo ridurre?

Ridurre no, caso mai calibrare secondo gravità e bisogno economico.

Perché, adesso?

Perché adesso c'era la soglia ISEE

Che era fissata a?

Davamo un punteggio, chi era sotto a 5.000 euro prendeva il punteggio massimo, chi era fino a 16.000 quello intermedio e chi invece era oltre 16.000 zero contributi. Però in realtà rispetto alle risorse preventivate le domande sono state inferiori, quindi le abbiamo accolte tutte, ma con lo scopo che dicevano loro, cioè di informare, stimolare, divulgare questa opportunità. E io credo che ha funzionato, perché vedo che tutti tendono a chiamare e a chiedere "Allora, per il 2009?".

Comunque, quei 200 euro al mese erano per chi avesse una soglia ISEE inferiore a 5000 euro?

Inizialmente, ma poi in realtà sono stati dati a tutti. È chiaro che, come diceva Patrizia Novelli, la soglia economica sarà un elemento di valutazione più reale.

E si dovrebbe intersecare con ... nel frattempo stiamo lavorando al regolamento delle prestazioni

Ecco, questa sarebbe stata la mia prossima domanda, cioè voi avete un regolamento che utilizzi l'ISEE per le altre prestazioni economiche? Avete esteso questo regolamento?

L'abbiamo deliberato venerdì scorso. Fino a una settimana fa noi avevamo per alcuni ambiti qualche disciplinare con l'ISEE, per altri no, quindi avevamo una situazione un po' frammentata e non in linea. Ora abbiamo fatto la scelta di deliberare il nuovo regolamento che è un regolamento generale con allegate le disciplinari per tutte le prestazioni che prevedono una condizionalità e l'abbiamo deliberato proprio venerdì scorso. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare abbiamo questo disciplinare che prevede la soglia di accesso, un calcolo della compartecipazione proporzionale, fatto con una formula per cui non è a fasce, ma è a scalare.

Quindi c'è un tetto ISEE e voi compensate il tetto, con un ISEE pari a zero si ha il massimo?

Lì prevediamo con questo disciplinare sia l'assistenza domiciliare diretta che indiretta e pensavamo poi di collegare questo discorso anche del contributo alle famiglie con assistente familiare nell'ambito dell'assistenza familiare indiretta e quindi dovremmo rivedere anche le regole che c'eravamo dati.

Certo, sì sì, saranno omogenee. Il contratto di che tipo doveva essere? Bastava colf o ci voleva di assistente infermieristica?

No no, era per assistente familiare, domestica, ora la dizione si può guardare però era una cosa generica. Però abbiamo fatto la formazione. Qui c'è stato un numero abbastanza elevato per il territorio nostro: 67 domande e 62 sono state ammesse.

Quindi la formazione era disgiunta? Non era necessario per ottenere la formazione accudire una

persona?

Per un motivo pratico. Se noi dovevamo fare la formazione e poi il contributo dovevamo andare nel 2009 e quindi abbiamo preferito gestire due percorsi paralleli. Così si sono formate le condizioni, d'altra parte era un progetto sperimentale, per metterlo a regime con la logica di provare, tant'è che il progetto dei contributi è fatto e finito.

Sì, la realtà è variegata: in alcune realtà è come da voi, sono disgiunte, parallele, per cui la formazione alle badanti è rivolta alle badanti in quanto tali. Altrove, probabilmente con meno risorse o facendo scelte diverse, hanno detto: "Noi andiamo a formare solo le badanti di quegli anziani che hanno ricevuto il contributo".

Mettendo un punteggio maggiore a chi aveva la formazione era un elemento: noi si diceva alle famiglie: "Guardate, iscrivete la badante al corso che fa punteggio".

Cioè tutte quelle 40 sono state...

Molte, non tutte, però molte sì. Molti sono stati sensibili e hanno fatto anche l'iscrizione al corso per le badanti. Quindi le due iniziative anche se disgiunte parlavano tra loro.

E il corso?

Per il corso c'è da fare una premessa: non era il corso per assistente familiare come da profilo professionale regionale, perché quello era di 300 ore e diventava una cosa troppo impegnativa. Per noi era uno stimolo per l'emersione da una parte, ma anche per la creazione di questo albo per il territorio con la formalizzazione di un gruppo di operatrici familiari per questo territorio. Quindi era breve, erano 27 ore, quindi brevissimo, con una parte di teoria e 8 ore di tirocinio.

67 domande, 62 ammesse, sono state fatte due sedi, una qui a Volterra e una a Pomarance, quella di Volterra ha visto la partecipazione di 28 badanti, quello di Pomarance di 24. Quello di Pomarance si deve concludere il 9 di febbraio. Per l'elenco delle badanti viene di nuovo emanato un bando il 20 febbraio, con scadenza il 14 marzo, perché si cercherà anche di accogliere nell'elenco anche le assistenti che avevano fatto il corso precedente, perché c'erano già state altre due esperienze sul territorio e quindi per non disperdere anche quelle due esperienze rifacciamo il bando.

Questo per l'albo?

Per l'elenco, perché non è un albo, è un elenco in modo che sul territorio ci sia un riferimento cui la famiglia possa rivolgersi.

è un elenco in ordine alfabetico senza punteggio né niente?

Sì, era un'iniziativa concreta, per coinvolgere il territorio in modo abbastanza rapido.

Sono badanti o sono solo assistenti diurne? A volte c'è questa distinzione.

Si sono iscritte a questo corso anche italiane, non solo straniere. Sono prevalenti le straniere

E quindi prevalgono full time diciamo, anche di notte. Ok. Vorrei tornare alla domanda del collega: voi svolgete in qualche modo attività di mediazione per le famiglie? Adesso c'è questo elenco, ma c'è già qualcosa? Cioè, se una famiglia ha bisogno di, può rivolgersi a voi e voi suggerite, oppure allo stato non...

Noi no, i servizi non l'hanno mai fatto questo. C'era un po' la Caritas che lo faceva, ma noi non l'abbiamo mai fatto.

Grazie per quanto riguarda la non autosufficienza. Adesso torniamo a parlare degli anziani, quindi non autosufficienti, ci saranno punti di contatto. Prima, però, volevamo chiedervi se esistono interventi di edilizia sociale: prima di tutto se siete competenti, poi se esistono alloggi a canone agevolato, cose di questo genere che sono operati dalla società a fianco delle autorità locali, se c'è domanda.

Questa è competenza comunale.

Pomarance ce li ha. Sono situate in una frazione e sono destinati a tutti, in questo momento sono tutti occupati, sono alloggi temporanei

E molti comuni hanno edilizia sociale?

Non saprei, so che Pomarance l'ha ricevuto in dotazione dalla Provincia proprio a questo fine.

No, il comune di Castelnuovo ha degli appartamenti di proprietà, che dà a canoni agevolati, sono appartamenti da 1 o 2 persone e il canone va sulle 140 euro mensili.

Comunque sono interventi comunali ...

Sì.

Quindi credo non si applichi neppure la domanda successiva, cioè se esistono attività di mediazione per l'accesso alla locazione...

C'è uno sportello casa del comune di Volterra, gestito dalla cooperativa La Torre, che in collaborazione con un gruppo specifico della consulta sociale del comune di Volterra. Però è una cosa specifica. A livello di Società della Salute abbiamo attivato un gruppo che ha visto se questa esperienza può essere ampliata, ma è un lavoro difficile.

Ampliata a livello di Società della Salute?

A livello zonale, sì: stiamo lavorando per vedere se ci sono le condizioni.

Quindi non lo fa nemmeno in gestione associata, come capofila...

No.

Grazie, passiamo agli anziani.

Si chiede se nella SdS sono attivi servizi per la salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani. Queste domande emergono soprattutto dalla lettura dei PIS, qui alcuni elementi si trovano e sono appunto i corsi di ginnastica, sani di vita, centri diurni eccetera. Che tipo di offerta c'è nella vostra società per questo tipo di interventi?

L'attività fisica è partita in via sperimentale nel 2006 per iniziativa di un comune in particolare su sollecitazione dei medici di medicina generale avevano visto un'esperienza nella zona di Rispoli. Si è poi ampliata nel 2007 ad altri comuni. In realtà noi come SdS, anche sulla scia delle indicazioni precise contenute nella normativa regionale, ci siamo fatti carico di organizzarla, renderla

omogenea e coordinarla in qualche modo. L'abbiamo fatto con un percorso sia con il coinvolgimento dell'unità riabilitazione, con il coinvolgimento delle associazioni sportive del territorio. Quindi abbiamo elaborato un regolamento, un atto di adesione, quindi la condivisione di principi e qui ho i dati del 2008 presentati alla conferenza dei servizi: nell'anno 2007-2008 l'attività ha visto circa 200 iscritti con 10 corsi attivati e una diffusione territoriale che praticamente copre tutto il territorio dell'Alta Val di Cecina. Siamo ripartiti anche quest'anno con la stessa modalità, in attesa che si concluda il percorso che la Regione Toscana sta facendo di regolamentazione a livello regionale, perché sinora ha lasciato autonomia, al di là di alcune indicazioni alle singole zone, è in corso un lavoro, visto l'inserimento nel piano sanitario regionale.

Chiedo scusa, quello nuovo?

Sì, quello nuovo. Si dovrebbe concludere in primavera questo percorso, quindi stiamo attendendo indicazioni più precise per poi rimodulare l'attività per l'anno seguente.

Al di là del forte impulso che è stato dato, c'è stata collaborazione con associazioni sportive e associazioni di volontariato, che sono diffuse in modo capillare sul territorio e quindi c'è stata sinergia. C'è la voglia, ma è difficile trovare operatori con i requisiti previsti, e questo ci impedisce in alcune situazioni di attivare i corsi.

Perché requisiti sono...

L'operatore deve essere un fisioterapista, laureato in Scienze motorie, valido anche l'ex diploma ISEF. Ovviamente la nostra zona è molto decentrata, quindi spesso c'è un solo operatore in mezzo territorio e quindi non solo non può garantire la copertura della domanda, ma diventa proprio un problema di contrattazione economica. In bassa Val di Cecina per esempio questo problema non c'è. Stiamo approfittando di questo periodo anche per vedere come organizzarci. Questo è un problema, ma rappresenta anche un'opportunità perché il piano sanitario dà la spinta in questa direzione, d'altro canto ci sono delle difficoltà: quindi su questo magari una riflessione sarebbe necessaria.

Perché, questi dell'essere fisioterapisti sono requisiti standard definiti a livello regionale?

La Regione poi ha individuato le tariffe d'accesso, che non possono superare i 2 euro a persona, il numero ridotto di persone, ovviamente essendo un'attività finalizzata non può essere paragonata a un corso di ginnastica qualunque, c'è tutta una serie di vincoli di questo tipo che non rendono semplice lo sviluppo di questa attività.

Ma non avete altre convenzioni con palestre o cose del genere?

Noi abbiamo riorientato tutti i vecchi progetti del piano di zona. Esistono poi gli enti di promozione sportiva e le associazioni di volontariato, in più a Volterra c'è un'azienda pubblica di servizi alla persona che ha collaborato all'attività.

Secondo intervistatore: Per capire, convenzioni e collaborazioni strutturate e continuative con associazioni del terzo settore, voi avete cercato di indirizzarle investendo su questa...

Come attività motoria.

Secondo intervistatore: esatto. Rispetto all'osservazione che lei adesso faceva, potrebbe essere utile tornare indietro e dire se questo strumento non funziona, non sarebbe più utile per il vostro territorio tornare ad uno strumento che vi consenta una maggiore elasticità?

Ora io vorrei fare una valutazione di efficacia degli interventi, noi dobbiamo mettere in piedi interventi che portino un riscontro efficace. Io se applico tecnicamente questi protocolli dal punto di vista scientifico hanno dimostrato efficacia: una ginnastica fatta senza determinate regole può non essere egualmente efficace. Però questa è una valutazione. L'obiettivo è quello, di mettere in piedi delle attività di promozione di stili di vita che seguano dei protocolli validati e che in realtà come queste, in qualche maniera, ci danno più garanzie.

Naturalmente il protocollo è validato dalla dirigente dell'unità operativa e quindi tutte le palestre dovrebbero quanto meno garantire quel livello di attività con un monitoraggio nell'anno 2008 che è stato effettuato a livello aziendale con una fisioterapista per zona, per controllare, è in atto ora.

Altri esempi, come centri diurni, manifestazioni, orti sociali e gite...

Per quanto riguarda le attività diurne che noi organizziamo nelle nostre zone sono tre principalmente, da diversi anni. Su Volterra abbiamo 7 anziani che partecipano costantemente, ci incontriamo tre volte a settimana nella mattina, proprio perché è il momento in cui hanno più tempo e quindi preferiscono nella mattina. Poi loro autonomamente se hanno tempo si incontrano nel pomeriggio, però senza gli operatori, all'interno sempre della stessa sede che ce l'ha messa a disposizione il comune. Con questi anziani organizziamo uscite, incontri per favorire la relazione, scambi di conoscenze anche intergenerazionali e abbiamo previsto anche incontri con le scuole.

Quindi, mi diceva sono 7?

7 partecipanti costantemente, perché il gruppo si può allargare a 12 14, per i motivi detti prima.

Qui consentimi di fare una parentesi. Queste tre attività, una appunto è questa di Volterra, sono rivolte ad un target particolare: anziani autosufficienti, ma che hanno delle fragilità, che sono un po' a rischio. Queste attività sono attività sociali e devono essere lette come prevenzione della non autosufficienza, non tanto solo come aggregazione orientata alla totalità, come invece è orientata alla totalità i soggiorni estivi per gli anziani.

Infatti noi abbiamo anche una lista d'attesa che via via inseriamo gli anziani con una scheda d'accesso. Prima facciamo una visita domiciliare con un assistente sociale e un educatore per valutare se corrispondano alle caratteristiche. All'interno di questi gruppi facciamo anche attività di tipo mnemonico, per mantenere attivo e recuperare quello che si può.

Secondo intervistatore: l'UVM potrebbe segnalare come percorso di inserimento questo tipo qui, oppure la valutazione che fanno l'assistente sociale e l'educatore è un raddoppio della valutazione e si sovrappone?

Arriva dall'UVM, perché di solito sono persone fragili ma autosufficienti, che vivono nelle loro abitazioni magari sono soli.

Su Pomarance c'è un gruppo simile a questo che però è nato per venire incontro agli anziani che vivono già nelle residenze, quindi in questo caso l'obiettivo è diverso: sono autosufficienti ma sono persone che ancora di più hanno bisogno di uscire, quindi sono organizzate gite all'esterno della struttura dell'RA (miniappartamenti per anziani comunque autosufficienti).

L'RSA è gestita dall'SdS, oppure?

Sì, cioè dalla USL, perché la SdS non gestisce. È della USL. In questo caso è data in *full service* a una cooperativa, però è a gestione diretta nostra. Poi su Montecatini e Val di Cecina il gruppo è simile a quello di Volterra, quindi anziani che vivono nelle proprie abitazioni e vengono fatte delle

uscite e gruppi di aggregazione. Poi abbiamo il soggiorno estivo, come si diceva prima, che è rivolto a tutti indistintamente, e qui abbiamo una sessantina di partecipanti.

Dove?

Tutti gli anni mare a Rimini, e da trent'anni vogliono continuare ad andare a Rimini

Con vari turni?

C'è un turno unico diviso in vari hotel, il più vicini possibile

E che lista d'attesa ci sarebbe?

Lì vengono accolti tutti, chi si iscrive viene, anzi nel corso degli anni si sono ridotte le domande.

Perché Rimini è abbastanza lontano, per cui. Ma non vogliono andar d'altre parti

Ah, cioè, possono risciversi per più anni continuativamente ...

Sì, chiaro, tutti gli anni sono i soliti, poi si aggiungono altri, però c'è il gruppo che vuole andare nelle balere, vuole farsi i suoi sei chilometri di negozi sul corso e non vuole andare da altre parti e da questo punto di vista ... non c'è Lido di Camaiore.

Ora si parla degli anziani, ma in generale il tessuto sociale della zona è talmente ricco, le associazioni di volontariato sono talmente vive che tante piccole iniziative, le domeniche con gli anziani, le feste con gli anziani vengono già fatte, magari non hanno un taglio professionale, però hanno un taglio socializzante. Ben o male tutti in modo più o meno organizzato offrono una risposta a questo tipo di necessità.

Torniamo sull'assistenza domiciliare integrata. Ovviamente è attiva nella Società della Salute, ci sono servizi di adi, vogliamo quantificare un attimo la mole di questi interventi, se sono più spostati verso attività sanitaria o verso socio-assistenziale rispetto alla domanda che avete, qual è la lista d'attesa, qual è la situazione un po' in generale sull'adi.

Solo sanitaria?

Integrata. Solo sanitaria non ci interessa dato il target della ricerca.

Abbiamo distinto l'assistenza domiciliare sociale dall'assistenza domiciliare integrata, considerando in quella integrata i casi in cui vengono assistiti anziani non autosufficienti, e c'è da dire che in questa zona c'è una prevalenza di questi casi. Abbiamo dovuto calcolare per quella rilevazione anche le giornate di assistenza e di presa in carico e in effetti si vede che molti giorni a settimana queste persone usufruiscono dell'assistenza domiciliare.

Questi a che anno si riferiscono?

2007.

Perché gli ultimi che ho io sono 2006 ed erano 115, mentre nella rilevazione istat c'erano 5 utenti, mi sembra strano.

Sì, era sbagliato. Infatti anche quest'anno abbiamo fatto la rilevazione ISTAT e li abbiamo allineati ai dati. Invece sull'assistenza domiciliare sociale ci sono risultati 48 utenti e qui nel confronto tra

giornate di assistenza e giornate di presa in carico effettiva è meno presente il servizio, perché in questo caso sono anziani che hanno meno bisogno di assistenza e quindi magari l'assistenza domiciliare ci va una volta alla settimana per un periodo più limitato mentre nel caso dei non autosufficienti talvolta sono in carico tutto l'anno e con presenze quasi quotidiane. Qui abbiamo cercato anche di quantificare i costi: non è facile nella nostra zona perché spesso gli operatori sono gli stessi, operatori fanno assistenza sia agli autosufficienti che ai non autosufficienti, quindi dividere il costo non è facile. Perché spesso invece gli operatori sono dipendenti della ussl e quindi il costo è di tipo sanitario.

Ma qui però sui dati per l'assistenza domiciliare socio assistenziale, che è quindi quella sociale, i dati che vedevo dall'indagine ISTAT gli utenti erano 140 e quelli regionali 2006 145, mentre lei mi dice 2007...

48 e 137.

I primi funzionano, è possibile che ci siano stati...

Sono stati accorpati i servizi di prossimità; sì, sono stati accorpati evidentemente.

Per questi servizi voi vi rivolgete al terzo settore?

Ci sono convenzioni in atto; una parte del servizio viene svolta con operatori dipendenti AUsl, poi c'è una gara che viene svolta per tutto il territorio con un affidamento a una cooperativa sociale. In più c'è una convenzione con l'azienda pubblica di servizi alla persona Santa Chiara per un progetto di potenziamento dell'assistenza domiciliare per malati di Alzheimer e demenza senile.

Secondo intervistatore: che servizi svolge in convenzione?

L'assistenza

Ah, credevo servizi di prossimità

No, prossimità si fa col terzo settore

In più poi c'è una convenzione con un'associazione di volontariato per sorveglianza agli anziani fragili, leggera.

Quando parliamo di "leggera", che cosa vuol dire?

Per noi la prossimità. In questo caso c'è proprio una sperimentazione regionale che dà delle indicazioni su che cosa si intende: telefonate periodiche, visite di compagnia, quasi di vicinato.

Gli anziani che possono entrare in questo tipo di servizi: gli ultrasessantacinquenni, soli, segnalati o dal medico di famiglia o dall'assistente sociale e quindi si è fatto questo percorso arrivando ad una convenzione con un'associazione di volontariato e c'è questo gruppo di anziani, una trentina.

Dal 2009 c'è da costituire il flusso ministeriale per l'assistenza domiciliare e per le strutture residenziali e semiresidenziali, quindi sarà l'occasione per fare chiarezza sull'interpretazione. Sull'assistenza domiciliare integrata c'è una grande confusione.

È un terreno minato questo, tutte le volte si devono passare ore per cercare di far quadrare le tabelle.

Nel momento in cui si creano i flussi informativi e ci si confronta il confronto ci aiuta a capirsi e

correggersi.

Sono attivi servizi di prossimità e di che tipo? Proviamo a chiarire?

Noi per servizi di prossimità intendiamo quelli svolti dal terzo settore, ma terzo settore inteso come associazioni di volontariato, non le cooperative: misericordie. Con le quali abbiamo la convenzione. Che ci fanno telefonate agli anziani che noi gli segnaliamo, o compagnia, o gli portano la spesa, o vanno a trovarli per vedere come stanno.

Perché, di nuovo sull'indagine ISTAT con i dati del 2005, gli ultimi che ho visto, vedevo che c'erano servizi di prossimità nell'ordine degli 8000 euro.

Era un progettino con La Torre, una cooperativa di tipo B. Era un progettino del piano di zona, con dei soldi che ora non ce li abbiamo più, quindi

Però ci sono queste convenzioni con il terzo settore. Voi avete convenzioni ma trasferite fondi, c'è qualcosa a bilancio?

Ci sono dei piccoli rimborsi per le associazioni di volontariato. 3000 euro l'anno, che per il 2008 non sono stati spesi, perché poi i rimborsi che dovevano chiederci erano così esigui che non ci hanno presentato la fattura. Sono 4 euro a visita domiciliare e 30 centesimi a chilometro per le visite domiciliari più distanti di 10 chilometri, mentre le telefonate che fanno loro le fanno gratuitamente.

Ma c'è un'utenza

36 nel 2008

E questo rientra nel servizio di telesoccorso?

No, per il telesoccorso c'è la convenzione con misericordie, però a livello aziendale, quindi tutte e tre le zone hanno la stessa convenzione, noi abbiamo 20 utenti.

Per quanto riguarda la prossimità, se voi segnalate questo elenco di cittadini, come funziona, come viene stilato? Esiste una lista d'attesa?

No, perché siamo noi stessi a segnalarlo. Ci si fa firmare il consenso dall'utente per legittimare l'operatore.

Avevamo una domanda che insisteva sulla non autosufficienza a cui è già stato risposto abbastanza: cioè se è stata implementata una strategia di deistituzionalizzazione in direzione dell'assistenza domiciliare, anzi mi sono fatto l'idea che non ci fosse questo gran bisogno di deistituzionalizzare perché l'istituzionalizzazione era già... Ecco, però permangono servizi di tipo residenziale, di che genere?

Allora, noi abbiamo 4 RSA nella zona: due a gestione diretta, una è quella di Castelnovo che ha 19 posti più due per temporanei e questo già da diversi anni, perché noi già da diversi anni abbiamo pensato che il recupero temporaneo forse potesse alleggerire; abbiamo poi un'altra RSA sempre a gestione diretta di 14 posti, per la residenzialità psichica, il vecchio residuo manicomiale, e queste sono a gestione diretta. Castelnovo è a *full service* data in gestione alla cooperativa, More invece per la maggior parte c'è personale dipendente. Abbiamo altre due RSA: una è l'azienda pubblica di servizi alla persona Santa Chiara, convenzionata con la nostra azienda; e l'altra è un'RSA privata gestita da suore, con 18 posti in convenzione. Il Santa Chiara ha l'autorizzazione per 72 posti, sono

54, mi sembra, convenzionati con noi. Poi ci sono due centri diurni, uno a gestione diretta e l'altro è un centro diurno qui a Volterra sempre gestito dal Santa Chiara.

In alcune società rispetto al fondo non autosufficienza rilevavano che rispetto alla domanda di servizi di residenzialità avevano una disponibilità da parte della Regione di quote di posti letto più alta. E ipotizzavano la possibilità di chiedere alla Regione di spostare i posti letto su altri servizi. Voi siete nella stessa condizione, di avere quote letto più alte della vostra necessità?

No, noi l'offerta di residenzialità della zona è di un numero superiore alle nostre necessità come anziani non autosufficienti, questo sì perché il Santa Chiara c'ha 72 posti. Ci sono in certi momenti dei picchi, nel periodo estivo e di Natale: in questi momenti c'è lista d'attesa, altrimenti no

Noi abbiamo sulla zona una struttura con 72 posti letto e noi siamo convenzionati per 54. Quindi l'offerta di posti è superiore alla domanda. Infatti alcuni posti vengono usati dalla zona pisana in questo momento.

Però non è che noi li paghiamo, come succede da altre parti e quindi ci poniamo il problema che siccome le paghiamo... Cioè nelle altre zone dovevano spendere i soldi nelle quote sanità perché c'era un'offerta... La Regione non ha mai dato indicazioni di questo tipo, infatti io non riesco a capire la domanda. Non è che la Regione ci dica, voi dovete spendere questi soldi per la residenzialità: noi si dà, tenendo conto che gli indirizzi della Regione non sono verso la residenzialità. Per noi, comunque, le nostre quote sanitarie sono tutte occupate.

Nel 2000 avevamo liste d'attesa esagerate, nonostante tutti questi posti. All'epoca le badanti non c'erano però: quando è cominciato il fenomeno delle badanti ciò ha tolto pressione e quindi anche l'offerta dei posti in zona è diventato superiore alle necessità questo, però, è anche un problema di rapporti con le istituzioni: le convenzioni si costituiscono in base anche a quelle che sono la programmazione in relazione ai bisogni della zona, quindi se i bisogni di residenzialità diminuiscono chi gestisce e programma dovrà rimodulare le scelte che fa.

Grazie, ci sono reti di mutuo aiuto? C'è attività formativa nei confronti delle famiglie?

Per l'anziano no, anche se noi per la verità negli ultimi anni abbiamo a volte avviato qualche progettino che potesse avviare un percorso di questo tipo. In passato abbiamo fatto la formazione per i *care giver*, sempre in collaborazione con l'azienda Santa Chiara, invitando alla partecipazione a questo percorso i familiari, però poi il nostro obiettivo sarebbe stato quello di costruire un gruppo che poi si autoalimentasse, ma questo non è successo. Quindi ognuno ha preso quello che poteva da questa formazione.

Per esempio: l'Associazione malati di Alzheimer non è presente sul territorio?

Non c'ha la sede qui, no. Non si è costituito un gruppo di mutuo aiuto vero e proprio come gli alcolisti.

La nostra esperienza con questo questionario è che la parte iniziale assorbe le energie maggiori, poi le altre domande si ripetono. Un punto domandava se l'SdS ha predisposto strategie di coordinamento della presa in carico dei servizi, al di là della non autosufficienza.

Allora, diciamo che qui c'è un'organizzazione dei servizi per cui la logistica facilita anche l'integrazione. Poi, come protocolli di lavoro...

Ai vostri occhi può sembrare banale una domanda di questo genere, però in altre zone non è così

Farei riferimento alla storia, non è tutto merito dell'SdS. In questa zona c'è una storia di delega dei servizi socio-assistenziali da parte dei comuni alla AUsl e quindi abbiamo personale che da anni

lavora insieme, sociale e sanitario, e quindi l'integrazione da anni è realizzata. È chiaro che con la SdS c'è stato un ulteriore impulso, noi abbiamo avvertito questo riportare l'attenzione sul livello di zona, ma questo è merito di un percorso avviato già da tempo e per me è la modalità vincente. Siccome faccio il direttore della SdS e anche il responsabile della zona Alta Val di Cecina si programma e si gestisce: è molto difficile capire quando si deve intraprendere una programmazione e quando una gestione. Se sei il soggetto che deve coordinare il sociale e il sanitario e le figure sono tutte sotto è facile: nel momento in cui le attività sono gestite da soggetti diversi, le modalità di integrazione sono completamente diverse, quindi noi ormai abbiamo acquisito una modalità di lavoro comune e di integrazione in tutti i servizi, tant'è che la sperimentazione della SdS ci ha rafforzati ma ci ha portati ad affrontare anche questioni nuovi, lavorare per una programmazione unitaria anche sulle altre politiche che incidono sulla salute, quindi il nostro PIS era orientato verso l'integrazione di sociale e sanitario ma anche verso altre politiche, quindi lo sforzo è stato non solo socio-sanitario, ma si è fatto anche una sperimentazione con la fondazione Zancan per l'elaborazione di un modello di programmazione unitaria delle politiche della salute

Questo con la fondazione Zancan è un'iniziativa vostra oppure regionale?

No, i dati di prima erano per un'iniziativa regionale, questa qui sul piano unitario di sviluppo locale è nostra, di zona, un progetto della fondazione Zancan finanziato dalla fondazione Cassa di risparmio di Volterra che ha realizzato insieme a noi e ai Comuni.

Qui c'è una domanda sui tempi di presa in carico: se si può stimare il tempo in cui l'UVM riesce a individuare il progetto e poi a dare una risposta.

Quando è in ospedale è anche più veloce, perché lì addirittura se c'è una dimissione precoce e l'UVM non si può fare ci si consulta e si attiva lo stesso poi si formalizza dopo.

Se il cittadino si presenta al punto insieme, in quanto tempo viene convocata l'UVM? In altre zone è proprio questo il problema...

Uno che viene dal territorio per arrivare all'UVM ci mette almeno 10 giorni. A volte è anche più veloce. Diciamo una settimana - dieci giorni.

E dal progetto all'inizio dell'attività?

Anche questo è abbastanza veloce,

Entro un mese quindi viene data la risposta?

Sì, entro il mese.

Se poi la risposta è il ricovero e c'è la lista d'attesa, c'è da vedere in quale periodo siamo. Se c'è la lista d'attesa la cosa è meno veloce, però se c'è una situazione urgente noi si dà subito la risposta anche di tipo residenziale. La risposta si dà anche immediata: ci sono i ricoveri temporanei.

La società organizza assistenza primaria temporanea contro le emergenze delle persone anziane in situazioni di marginalità?

Sì, sì, noi ci si fa carico.

Cioè vitto, alloggio, vestiario, in condizioni di emergenza materiale diciamo.

Sì, sì noi ci si fa carico.

Marginalità intesa sempre come anziani?

Sì, sì, abbiamo diviso.

È difficile trovare casi di questo genere tra gli anziani: mi vengono in mente più le persone di passaggio. Con gli anziani nostri è difficile: quei livelli lì in questa zona non ci si arriva.

Comunque si dà risposte a queste situazioni anche con un ricovero temporaneo. Scusate, ma c'è veramente la conferma del fatto che qui c'è una capacità di integrazione tra servizi che è decennale. Dalla chiusura dell'ospedale, del residuo psichiatrico, gli operatori tanti ci siamo portati dietro questa capacità. È tanto che lavoriamo insieme con il territorio, l'ospedale, psichiatria, servizi sociali, comuni: è quasi naturale che questa modalità di lavoro, per cui anche i tempi si abbreviano molto, veramente. Se c'è una situazione di urgenza, noi si convoca anche subito nel giro di un giorno l'UVM, quindi siamo in grado di fare subito il progetto. Credo anche che gli operatori più giovani, arrivati dopo, se ne siano resi conto di questa cosa. Non è difficile lavorare qui, nei nostri servizi.

Venendo a interventi di carattere economico, prevedete interventi di sostegno all'anziano in forma di voucher o buono? E poi, se ci sono dei sussidi, minimo vitale, prestiti, agevolazioni, cose di questo genere come vengono erogati quindi qui torniamo al regolamento di applicazione dell'ISEE eccetera. Nel 2005, dove sono rimasto, la spesa era nulla.

I voucher non li abbiamo attivati, nemmeno buoni servizio. Noi abbiamo questa forma di assistenza indiretta, come quella delle badanti, che eroghiamo all'interessato, verificando che ci sia un contratto. Poi, contributi all'integrazione al minimo vitale sì, prestiti no, e abbiamo avuto un progetto regionale di un prestito di onore fatto qualche anno fa su indicazione regionale, però poi non è andato bene.

Questi non sono solo per anziani? Sono per tutti?

Sono per tutti.

Non c'è categorialità, sono rivolti alla generalità ...

Sì, diciamo che sono rivolti ai soggetti in stato di bisogno economico.

E finora come integrazione al minimo vitale come amministravate la prova dei mezzi, con l'ISEE?

Con la verifica sui redditi. Diciamo che l'ISEE ce lo facevamo portare, però il nostro regolamento non lo prevedeva, però noi intanto per abituare le persone ce la facevamo portare.

Giusto per mio interesse personale, c'erano scostamenti tra ciò che era previsto dal regolamento e ISEE?

Sa, un conto è produrre la dichiarazione dei redditi e l'autocertificazione dove uno dichiara io prendo questo stipendio e pago questo affitto, e avere lo strumento ISEE che fa già tutta una serie di calcoli.

No, ma c'è il patrimonio.

Eh, lo so, il patrimonio che se visto come patrimonio immobiliare risultava anche dal 740 eccetera, il patrimonio mobiliare invece.

No, il mio interesse era personale di ricercatore: mi interessava notare se notavate un grosso scostamento di persone che avrebbero avuto accesso alle prestazioni in base al vecchio regolamento e non avrebbero avuto accesso in base al nuovo. Quando hanno fatto il reddito di cittadinanza a Napoli tutti avevano l'ISEE pari a zero, hanno dovuto introdurre un altro indicatore sui consumi, con le bollette e così via, le automobili, i ciclomotori, perché tutti avevano ISEE pari a zero e per altro moltissimi avevano bollette del gas ed elettricità con consumi pari a zero, per cui ci si chiede dove vivano.

Noi questo problema qui ce lo siamo più posto ora, con i disciplinari nuovi, perché ci siamo resi conto soprattutto nell'area della non autosufficienza dove ci hanno spiegato con la condizione di non autosufficienza che i coefficienti sono diversi.

Quello sulla scala di equivalenza, il passaggio dall'ISE all'ISEE ma comunque sì, certo.

Noi ci facciamo portare l'isee. Il valore patrimoniale con il valore catastale. Per esempio, si sa che l'indennità di accompagnamento, l'invalidità civile e altre indennità non vengono conteggiate, quindi risulta che chi ha pensioni di invalidità civile e ha anche accompagnamento c'ha un isee pari a zero, questo è il risultato. Invece per noi ora facendoci produrre il reddito, un'autocertificazione, veniva fuori quella che era la situazione reale. Quindi noi avremo ora - ad esempio per i centri diurni - tutte le persone che sono in situazione di gravità e con handicap, danno l'ISEE che li fa rientrare in una fascia totalmente esente, mentre invece gli anziani, avendo pensioni diverse, potranno entrare in fasce che in qualche modo...

Avete un'idea dello scostamento? Pensate che aumenti di molto la spesa?

Diciamo che noi siamo molto preoccupati per il residenziale, perché lì si sono fatte delle simulazioni su 12 persone: attualmente si paga 13.000 euro come integrazione alla quota, con l'ISEE noi andremo ad elevare a 39.000. E cos'è la discriminante? Non sono i redditi esenti dell'ISEE, perché la legge regionale 66 ha detto che possiamo considerarli, è il problema della proprietà immobiliare, che essendo dentro l'isee... Noi, quando l'anziano aveva una casa di proprietà pagava in proprio, pagava completamente. Dipende dal valore della casa però noi per molti si compartecipa noi, mentre prima con la casa di proprietà non si compartecipava. Comunque questo è un problema praticamente per tutte le zone in Toscana.

Perché per molte altre prestazioni l'utilizzo dell'ISEE taglierebbe: ci sarebbero alcuni che adesso non hanno diritto e che avrebbero diritto, ma la maggior parte dei beneficiari attuali non avrebbe più diritto. Se si pensa alle pensioni di invalidità civile in Italia, costano 13 miliardi di euro l'anno, probabilmente quest'anno anche 14 o 15 e difficilmente uno può pensare che utilizzando l'ISEE queste... però capisco, capisco il punto: da voi la spesa potrebbe aumentare in modo significativo. Quindi l'integrazione al minimo vitale, questi prestiti non sono più nel catalogo degli interventi... chiedo scusa se insisto su questo punto, ma è poi trasversale.

Buoni spesa ne facciamo, abbiamo convenzioni con la coop e funzionano bene.

Di che ordine? Anche questi seguono il regolamento.

Seguono il regolamento però poi la quantificazione del buono viene fatta nel progetto, specifica sulla persona. Quindi l'accesso è dato dall'ISEE, però poi questi interventi economici, per lo meno da noi, sono sempre inseriti, questo lo dice anche il nuovo regolamento, entro un progetto che si fa

con la persona.

Non sono interventi spot, individuali diciamo. Sì, ho capito. Avete una linea di bilancio per questi interventi? Di che ordine è per il 2009? No? Va' be', non si preoccupi? Possiamo avere una copia del regolamento oppure è ancora prematuro?

Si può dare... è già approvato, sì, va bene, tanto è un documento ufficiale.

Passeremo agli altri ambiti: l'esperienza ci dice che si fa molto prima, perché la maggior parte delle domande sono... allora, ci chiedevamo se per quanto riguarda i disabili siano presenti servizi e di che genere, servizi e attività per la promozione della salute fisica, della salute psicologica e relazionale, quindi di nuovo qui i centri diurni e gite, soggiorni estivi. Servizi riabilitativi individualizzati, musicoterapia, ippoterapia, attività di inserimento lavorativo, progetti del tipo "dopo di noi", progetti educativi integrati e così via.

Io seguo la vostra scaletta di domanda. Primo punto, servizi di promozione della salute fisica del disabile esistono, in questa azienda da alcuni anni viene promosso con finanziamenti regionali e non solo un progetto che si chiama Fatti di sport, gestito dall'USMA, unità funzionale salute mentale adulti, che si basa sull'attività sportiva come promozione di benessere sociale, aperto a cittadini e utenti, cioè cittadini volontari e utenti dei servizi, con handicap e disagio psico-sociale, quindi non solo handicap, anche disagio. Inoltre, anche questa è una cosa storica, esiste un progetto di attività motoria dei vecchi piani di zona alla società Aurispe, che ha lavorato fino all'anno scorso su un gruppo di disabili adulti: disabili motori, fisici, eccetera soprattutto che frequentavano i centri diurni, oppure che venivano inseriti dai servizi territoriali, noi abbiamo organizzato la disabilità in base al progetto obiettivo della Regione Toscana, quindi abbiamo organizzato gruppi stabili, i famosi GOM, (gruppi operativi multi-professionali), che se avete visitato altre AUSL della Toscana forse avete trovato, in cui lavorano assistenti sociali, figure sociali e sanitarie, educatori, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, e psichiatri. Li abbiamo suddivisi in adulti e minori, per cui il neuropsichiatra infantile fa riferimento ai minori o nelle fasi di passaggio tra l'età minore e adulta. Questi gruppi di lavoro vengono organizzati settimanalmente o quindicinalmente nelle zone distrettuali, nei quattro distretti, magari accorpati perché ci sono gli operatori. Abbiamo accorposto Volterra e Montecatini e ci vediamo a Volterra, l'altro GOM è a Pomarance e Larderello che sono sedi distrettuali dove ci sono gli stessi operatori. Questo perché poi sono i GOM che segnalano gli utenti per questo tipo di attività: questo tipo di attività va ad essere parte integrante dei progetti individualizzati. Noi adottiamo la modalità del PARG (progetto abilitativo riabilitativo globale), sempre previsto dal progetto obiettivo. Quindi, dicevo, questa attività dell'Aurispe raggruppa circa 20 soggetti e fa attività di piscina, palestra e ippoterapia di solito a primavera. Viene finanziato dall'azienda principalmente, con pochi soldi, perché non si prevedono mai più di 5.000 euro.

C'è una compartecipazione degli utenti?

L'anno scorso sì, 2007-2008. Non un grosso contributo. Abbiamo avuto un po' di titubanza nel chiederlo, però poi quando l'abbiamo chiesto non abbiamo trovato nessuna difficoltà. Perché tanti genitori non potrebbero più farne a meno, anche se lavora solo in alcuni periodi: ottobre-maggio di solito, poi c'è un'interruzione per il periodo estivo, anche perché in estate facciamo altre cose. Dicevo, da quest'anno sperimentalmente abbiamo inserito un progetto esteso anche ai disabili minori, però questa è una cosa proprio sperimentale, perché in questa attività, soprattutto quella di piscina, noi inseriamo per ora solo due bambini, gravi, con patologia di tipo relazionale, in un'ora di piscina settimanale. Questo progetto però è in collaborazione con la scuola, fa parte del loro piano educativo individualizzato, cioè sono bambini che non reggono una frequenza scolastica eccessiva e per cui impegniamo anche il monte ore scuola.

Esistono altri progetti educativi oltre a questo?

Questi sono quelli storici. Poi esiste un'attività estiva: non solo i soggiorni, questa è un'attività diurna dove questi bambini, segnalati sempre dai gruppi di lavoro... con operatori di supporto. Questa attività viene gestita a livello di programmazione e gestita da operatori professionali dell'azienda, però poi viene affidata attraverso un bando. Viene affidata anche a degli operatori che vengono preparati con un corso almeno di tre giorni. Non rimangono mai soli, c'è sempre l'educatore come referente dell'attività e l'animatore svolge alcuni compiti che gli vengono assegnati.

Appunto, minori oppure ...

Minori con problematiche. E quindi quelli che sono segnalati dal GOM hanno tutti un operatore di riferimento a sostegno, con un progetto individualizzato, con degli obiettivi.

Per finire il discorso sull'ippoterapia e la musicoterapia, noi abbiamo una convenzione con *Musiche della terra* (?), che però fa questo tipo di attività noi col servizio sociale e USMA, e fa musicoterapia all'interno del centro diurno handicap qui su Volterra e anche all'interno del centro diurno.

Attività di inserimento lavorativo con cooperative?

È di competenza della Provincia di Pisa sia la preformazione, la formazione, il tirocinio e l'inserimento lavorativo. Noi lavoriamo da anni in collaborazione con loro e praticamente i GOM segnalano alla Provincia quali sono i soggetti che potrebbero partecipare a questo progetto. La Provincia da due anni fa un bando che quest'anno sarà triennale e prevederà interventi a sostegno del disabile anche nel periodo scolastico della secondaria superiore per orientamento anche professionale. Alla fine di questi percorsi l'obiettivo è quello di provare a collocarli.

D'accordo, ci sono dei progetti del tipo "dopo di noi"?

Volevo però integrare. Noi facciamo degli interventi a valenza socio-riabilitativa, che sono per disabili dai 18 ai 65 anni. Di solito occupiamo una ventina di persone all'anno: sono quelli che potrebbero avere delle competenze di tipo lavorativo molto ridotte che però non saranno mai collocati, anche perché non c'è offerta. Per cui comunque svolgono, con un minimo di compenso mensile, un'attività lavorativa tra virgolette, però per occuparli con finalità più terapeutica che lavorativa. Dicevo, il "dopo di noi" non c'è ancora. Noi abbiamo fatto un progetto che ci è stato finanziato e ora a breve si dovrebbe partire.

Cosa prevede il progetto? Una residenza?

Prevede un appartamento protetto e quindi prevede diverse cose su diversi anni. Prevede tutta una preparazione, un lavoro con le famiglie, una specie di gruppo di auto-aiuto attorno alle famiglie, prevede dei corsi di sensibilizzazione delle famiglie da una parte e degli operatori dall'altra. È un appartamento, non autogestito, perché poi si prevede all'interno dell'appartamento degli operatori e con un periodo: cioè i ragazzi saranno lì per alcuni mesi e poi tornano in famiglia, quindi una preparazione alla vita che verrà. E tutto un lavoro anche sulla formazione di partecipazione, con le famiglie anche su questo. Comunque noi c'abbiamo il progetto ma siamo ancora nella fase proprio di avvio del progetto.

Qui avevamo indicato come items anche servizi, attività di promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili, ad esempio centri diurni, manifestazioni ed eventi, gite, soggiorni estivi...

Sì, i centri diurni... Quello su Volterra, con 12 posti, è aperto 5 giorni a settimana, uno su Castelnuovo aperto 3 giorni a settimana per 6 posti, dove si fanno una serie di attività. Assistiamo 21 utenti, tra i 2 centri.

Quindi diciamo sul diurno 21 utenti, mentre per quelli che sono ancora in percorso scolastico ...

Nell'anno 2008-2009 sono 29 alunni: 1 all'asilo nido, 3 alla scuola elementare, 8 nella scuola primaria, 9 nella scuola secondaria di primo grado e altri 9 nella scuola secondaria di secondo grado.

Ci sono altri utenti che voi assistite, ma che non rientrano in quei 21 dei centri diurni?

Ce ne sono tanti, ce ne sono diversi insomma. Ce ne sono tanti che non sono stati ancora certificati per esempio.

...però voi ve ne fate carico...

Sì.

Per cui per quantificare più o meno voi quanti utenti, soggetti avete in carico?

Non più di 50 utenti.

e per ognuno il grado di assistenza è diverso...

Considerando... quelli dei centri diurni, quelli della scuola... oscilla, quel numero lì annualmente oscilla per le uscite dalla scuola, per gli ingressi... si prevede in aumento per questo anno 2009-2010 perché sono un po' in aumento nella nostra zona gli studi di apprendimento e di comportamento.

C'è anche un progetto che è stato elaborato all'interno del PIS di studio del linguaggio, del comportamento e dell'apprendimento... però questa è una formazione che, come operatori, facciamo alla scuola...

Per la diagnosi precoce?

4 anni degli studi di linguaggio, e noi forniamo... collaboriamo alla loro formazione, formazione di insegnanti con delle cose più specifiche... praticamente non siamo noi che vediamo i bambini, ma noi forniamo dei materiali a loro, delle griglie di osservazione, loro le elaborano, ce le restituiscono per i casi che vanno al di là di un certo grado di gravità. Per questi scatta un lavoro un pochino più mirato che però fanno gli insegnanti con il nostro supporto. Questo mira... l'obiettivo è anche quello di ridurre gli accessi poi alla riabilitazione. Per ora non ci stiamo tanto riuscendo: il progetto ha successo, però gli insegnati sono in una fase di insicurezza, si sentono forse troppo caricati di una competenza che non si sentono loro, per cui stanno inviando un po' troppi soggetti, quindi dobbiamo... da lunedì facciamo un po' una verifica.

Il progetto di prevenzione sui disturbi del comportamento si presenta quest'anno e avrà come classe filtro credo la quinta o la prima media, quindi per prevenire episodi di bullismo.

Esistono servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziali per disabili?

No, rientra nel percorso che abbiamo fatto prima: se ci sono viene segnalato dal servizio, quindi ADI o assistenza socio-assistenziale.

però attualmente avete in carico...

C'è da dire una cosa, nella nostra casistica... si sta allargando molto, perché sono disabilità anche tutte le patologie oncologiche o progressive... ora c'è un aumento di sla. Nel 2007 c'era un caso solo, ora ne sono arrivati 5-6-7-8

È caratteristico di questa zona oppure è...

No, no... è scoppiato in 2-3-4 anni. È un fenomeno che a noi ci risulta in espansione da tutte le parti. Ora noi, ne abbiamo per la nostra zona da 1 a 8, confrontando anche i dati con la zona Pisana e la zona Val d'Era che sono della stessa azienda noi, in questa zona, abbiamo la percentuale più alta.

Abbiamo fatto, come Società della Salute, un lavoro di ricerca sullo stato di salute, una ricerca col CNR e l'ARS perché avevamo, proprio quando ci siamo messi a lavorare sul piano integrato, sia percepito, ma insomma c'erano, delle problematiche percepite di... si muore di più per certi tipi di malattie o per certi tipi di tumore e quindi per dare risposta a queste ansie della popolazione, si è messo in piedi, ormai da due anni siamo nella fase finale, che prevede ad aprile di presentare i lavori di questa ricerca, di uno studio epidemiologico su un arco di tempo di 10-15-20 anni sulle cause di morte. Ora i risultati non ce li abbiamo, ma questa sarà una base informativa importante per mettere in piedi azioni e interventi.

L'assistenza domiciliare c'è soprattutto per questi casi, però non è un percorso particolare.

Ci sono servizi di riabilitazione individuale domiciliare assimilabili all'assistenza domiciliare socio-sanitaria?

No, specifici no. Ci sono secondo le necessità.

Certo. Infatti vedevo nel 2005 2 utenti e 1 assistito nel 2006. Questi sono i numeri?

Sì, possono essere... attività di riabilitazione domiciliare ne viene fatta. Ne viene fatta poca, diciamo. Riabilitazione motoria, perché riabilitazione educativa viene fatta regolarmente.

questa è socio-sanitaria, in effetti.

Ecco, socio-sanitaria ci siamo anche noi, però siamo solo rieducativi. Cioè: noi facciamo anche interventi socio-educativi, di riabilitazione socio-educativa che fanno gli uffici promozionali però... anche a domicilio, ma per un lavoro di tipo sociale ... sulla famiglia, non specifico ecco in questo senso.

Si promuove anche un'attività di rimozione delle barriere architettoniche

Ci sono progetti di abbattimento delle barriere architettoniche nel tessuto urbano, nell'accesso ai servizi, come dimensione dell'accesso ai servizi?

Noi abbiamo un progetto come Società della Salute che è nato a seguito già da una sperimentazione avevamo fatto sul piano di zona del 2001. Perché nel 2001 avevamo fatto un progettino sperimentale con una associazione per le famiglie dei disabili che c'è qui in zona e con loro avevamo fatto questo progetto di censimento delle barriere architettoniche presenti nella città di Volterra. E questo era un lavoro fatto appunto da questa associazione tramite una convenzione con noi che aveva allo stesso tempo coinvolto l'Istituto Tecnico per Geometri di Volterra, e quindi ecco, è venuto fuori questo censimento in un cd. Poi questo percorso è stato ripreso con la costituzione della Società della Salute, a questo punto coinvolgendo anche la Regione Toscana nella persona di

un funzionario regionale che si occupa appunto di tutta la parte degli investimenti nelle strutture sociali, e che aveva più volte sollecitato le zone poi a dotarsi, i comuni soprattutto, a dotarsi dei peba che sono previsti da una legge. Quindi, questo tavolo che si è costituito è andato avanti, si è fatto un protocollo tra i vari comuni, la Regione, questa associazione, la USL, e questo protocollo ha prodotto... e l'Istituto Nicolini ancora... ha prodotto diciamo un lavoro, un obiettivo di collaborazione su vari fronti, sia sul fronte dell'impegno da parte degli enti alla formazione dei propri tecnici, rispetto a questo tema sia delle barriere architettoniche ma anche della redazione dei PEBA.

Quali enti?

I comuni, in primo luogo, gli uffici tecnici comunali...

Dovrebbero già farlo... quando progettano qualcosa di... devono prendere in considerazione...

Dovrebbero farlo, ma sembra che nessun comune, un po' questa è una situazione di tutta la Toscana sono pochi i comuni che hanno fatto questo strumento, insomma. Quindi, questo protocollo ci ha portato sia a queste collaborazioni e al tempo stesso alla decisione di concludere il censimento nei 4 comuni delle barriere architettoniche presenti, per poter diciamo dare ai comuni già una base su cui poi loro redigere finalmente questo PEBA. Questa è un po' l'intenzione.

La cosa interessante secondo me di questo lavoro è che ci ha visto partecipare insieme alla Regione. La Regione ci ha attivato la formazione e quello che secondo me è la parte più innovativa è cercare di diffondere la cultura nei nuovi tecnici di un modo di progettare diverso, che non sia "si progetta e si adegua" ma "si progetta per tutti", grazie alla formazione che ha attivato la Regione Toscana che ha formato tecnici nostri, in particolare della AUsl, che si è fatta formazione ai geometri che sono usciti l'anno scorso in quinta, quindi che hanno fatto un lavoro di supporto con la Regione di supporto sono usciti questi tecnici oggi fanno il lavoro di completamento della rilevazione, la formazione continua e quindi quello che si vuole creare è un investimento. Perché ormai... io non me ne intendo, ma ho capito che il tecnico che ha studiato, che si è impostato con la mentalità di progettare in base alla norma, questo bagno è a norma... sono tutti a norma, in realtà se ci si porta un disabile... non è funzionante al disabile. In contemporanea come azienda AUsl 5, anche un po' su sollecito dell'assessore regionale, si è costituito un gruppo di lavoro anche sulle strutture, per analizzare e rispondere alla problematica delle barriere nel settore sanitario. Con la collaborazione dell'associazione... quindi si sta facendo anche questo...

C'è adesso una mappatura a questo stadio?

Una mappatura che non vale a rispondere solo al problema del rispetto della norma ma alla funzionalità condivisa con... Poi questo lavoro è diventato soggetto di un altro protocollo dell'UNCEM.

È una cosa che sta crescendo, diciamo. E noi siamo una delle 3 zone sperimentali.

Ci sono campagne informative, educative sull'accesso ai servizi specificamente per disabili? Campagne informative per le famiglie, in particolare, o appunto educative diciamo per le famiglie di disabili. Ci sono interventi di questo genere?

Sì, l'avevamo fatto come Azienda Usl però, non come zona, qualche anno fa. C'è ancora, è volto soprattutto... cioè qua è nato un bambino, praticamente un bambino con qualche bisogno in più, un bambino disabile per cui venivano date indicazioni alle famiglie con questo. Questo è rivolto ai pediatri, alle pediatrie... con tutte le indicazioni di dove la famiglia con il problema si poteva rivolgere. Però poi non ha avuto un seguito questa iniziativa.

Ci sono servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili o ... era stato fatto solo per gli anziani?

No, diciamo su questo c'è l'associazione...

Prima avete citato se non sbaglio, queste rete di auto-muto aiuto o qualcosa del genere c'è tra le famiglie?

Per i disabili no.

E questo "Mondo Nuovo" ...?

A sì, che lavora molto e ha aggregato moltissime famiglie...

Sì, però il grosso delle attività lo fa per conto suo, insomma, senza costo ...

No, no, no... dopo di noi loro fanno parte del tavolo

Saranno membri del comitato e della consulta...

Collaborate, vi scambiate informazioni, segnalazioni, però non è tra i soggetti convenzionati più rilevanti.

No, no. Non c'è niente di formale.

Per quanto riguarda i servizi residenziali per disabili in quali forme sono?

RSA di cui parlavo prima ...

Qui, tornando ai dati di spesa, c'è una cosa strana: sui dati ISTAT io ho visto che è riportata spesa nulla però ci sono in carico utenti e la spesa è accollata al S.S.N.

In codesto momento qui era possibile, perché essendo un residuo manicomiale ... quindi c'era tutta la fase diciamo di passaggio e in realtà, c'erano le quote sanitarie e poi l'integrazione dell'utente, la parte che l'utente non poteva pagare veniva pagata dal D.S.M.

Ho capito. Adesso però non è più così ...

Adesso è in parte così e nel frattempo è cambiata anche l'utenza ...

Però per molti è ancora così.

I nuovi utenti hanno un percorso a seconda di dove arrivano: se arrivano sottoposti alla salute mentale, ma se arrivano invece dal socio-assistenziale abbiamo anche persone che si paga la quota alberghiera sul bilancio sociale. Dipende un po' dal tipo di utente.

In questo caso la domanda di residenzialità per disabili viene soddisfatta completamente?

Al momento sì. Anzi, abbiamo recuperato anche soggetti, e stiamo recuperando soggetti che erano stati ricoverati fuori, quindi siamo autosufficienti, più che autosufficienti. Abbiamo risposto anche ad altre zone. Tant'è che uno dei lavori positivi della Società della Salute è stato quello di fare 30

tavoli interzonal tra le 3 Società della Salute della provincia di Pisa per affrontare 3 settori: la salute mentale, le dipendenze minori, mentre per l'anziano ogni zona può essere autonoma, sulle dipendenze, la salute mentale e minori bisogna ragionare in un'ottica più ampia, perché non si può pensare noi di essere autonomi per i bisogni di un utente ... e quindi si è lavorato in sinergia creandoci questi accordi, tant'è che abbiamo ... noi saremo orientati sulla salute mentale a dare risposte nella disabilità, le altre zone ci supportano per le altre ...

Ci sono degli interventi, per quanto riguarda l'accesso ai servizi, sono previsti dei servizi di trasporto disabili per accedere ai servizi sociali, accompagnamento individualizzato e cose del genere?

Trasporto scolastico che è di competenza comunale, che ha molta quota, siamo in buone condizioni, è anche individualizzato. Altrimenti ci sono...

Quello scolastico, però, è scolastico specifico per i disabili oppure lo scuolabus?

No, no, è specifico per i disabili. C'è l'uno e l'altro ...

Se ci sono esigenze particolari c'è l'auto specifica?

Quello però è il Comune che va in convenzione con associazioni. Poi per l'accesso ai centri diurni siamo organizzati col pulmino per disabili. L'autista non c'è. Diciamo che c'è il pulmino della USL che fa parte della gestione del servizio nel suo insieme.

Cioè, quello scolastico è comunale ed è in convenzione, mentre invece per altri ... accesso ai centri diurni è vostro?

Sì.

Cioè in aggiunta c'è solo il mezzo.

Sì. Anche noi, nel periodo estivo, durante i progetti diurni, i bambini con problemi spesso le famiglie sono impossibilitate a portarli quindi ci pensiamo noi

Ci sono strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico dei servizi?

Sì, sono strutturati come l'UVM si può dire

Secondo intervistatore: quindi ritiene che ci sia un'alta integrazione nella risposta?

Sì, sì.

Qui avevamo una domanda sui servizi di monitoraggio di disabilità sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce, in collaborazione anche con i servizi scolastici, ma abbiamo già risposto.

C'è in realtà questa iniziativa che non era nata per rispondere a questo, però era nata per rispondere ad un bisogno diverso dal piano integrato di salute.

Effettuate in qualche modo un'attività di supervisione e controllo dello stato di abbandono di disabili?

L'abbiamo effettuato ma no, di specifico no. Diciamo che sono quasi tutti in carico.

Di solito le segnalazioni spesso vengono, qualche segnalazione è arrivata. Da chi è arrivata? È arrivata dal pediatra di base, dal medico di base per cui c'è stata l'allerta per questo caso, in cui uno si è attivato per capire se veramente c'erano le condizioni. C'è un tessuto sociale che se succedesse...

Non sono mai... casi estremi... oddio, casi molto problematici ne abbiamo avuti diversi, di pluri-handicap delle famiglie ... io mi ricordo nel '77 abbiamo preso il carico di un'intera famiglia ... e non c'era niente, c'era solo un servizio sociale territoriale ... per cui abbiamo scoperto per caso, segnalati dall'ospedale Torrigiani di Fiesole che aveva recuperato da una pediatria, dalla neurologia di Pontedera due gemelli disabili, parlo del 1977, per cui lì abbiamo scoperto che c'era un'intera famiglia dietro.

Poi ci chiedevamo, e qui abbiamo già risposto per quanto riguarda gli interventi monetari in generale, però c'è qualcosa di specifico?

Sì noi abbiamo una ... questo da anni, sempre nei piani, negli ex piani di zona ... praticamente li abbiamo inseriti tra gli altri sussidi e agevolazioni delle vostre voci, sono gli interventi che aiutano le persone in situazioni di gravità, in base all'art. 3 della legge 104, per gli utenti da 0 a 64 anni in stato di gravità, riconosciuti dalla commissione in stato di gravità. Articolo 33.

Quindi disabilità essenzialmente.

Disabilità accertata. Questo finanziamento, che di solito si aggira sui 49.000 – 50.000 euro, dipende un pochino dalle situazioni annue

Ma non per un utente, 50.000 euro è la spesa totale ...

La spesa totale. Copre circa 20 utenti.

Sì, è quella che vedo io però era sotto la voce voucher o buoni.

È quella voce ma gestita in forma indiretta. Anche questa è disciplinata, regolamentata dal disciplinare sulla disabilità e anche questa ora prevederà una serie... c'è un regolamento, si accede sempre su segnalazione del servizio sociale. Ora è un po' dibattuta la cosa... la presentazione comunque dell'intervento dell'ISEE...

Sono interventi monetari che vanno alla famiglia del disabile?

La famiglia... c'è un progetto, che viene verificato dai servizi sociali un paio di volte all'anno... non è detto... si fa richiesta annualmente, si riverifica... Serve anche questo ad alleggerire un po' le famiglie a mantenere queste persone a casa.

Benissimo. Procediamo speditamente sulla famiglia. Ci chiedevamo se l'SdS prevede dei servizi educativi per la prima infanzia, cioè 0-2 anni.

Qui ci sono i Comuni.

Il regolamento per l'accesso prevede dei requisiti, tra cui la disabilità è un requisito che facilita l'accesso. Allora, l'asilo nido di Volterra ha 32 posti, la ludoteca 18. Allora dall'asilo nido risultano in lista d'attesa 22 bambini, però di questi 22, 10 frequentano già la ludoteca. Questo perché l'asilo nido offre un servizio più completo rispetto alla ludoteca: gli dà anche il pranzo, il riposo pomeridiano, fino alle 4 i bambini possono rimanere all'asilo. Quindi alcuni bambini sulla ludoteca

sono in lista d'attesa per passare anche all'asilo

Questa è la ludoteca aperta ...

Solo la mattina. Fino alle 13. Quindi, alla fine dei conti, 12 bambini non hanno avuto posto né alla ludoteca né all'asilo nido. Poi c'è la scuola Petrilli, che è questa privata, scuola materna, che ha anche una piccola sezione di ludoteca per 9 bambini

Tutti però comunali diciamo, l'SdS non se ne occupa.

La parte educativa è tutta gestita dai Comuni.

Ho capito. Anche per quanto riguarda i servizi integrativi, cioè ludoteca appunto, centri diurni, tutto questo è gestito dai Comuni?

Sì. Anche per le attività pomeridiane dei bambini delle scuole elementari, extra-scolastiche, ci sono i Comuni. Noi non partecipiamo perché sono progetti che poi sono stati, prima col piano di zona poi ... insomma continuano ad essere sostenuti della Società della Salute però sono gestiti direttamente dai Comuni. C'è attività sia a Volterra che a Pomarance

Però voi partecipate con un cofinanziamento?

Sì.

Ci chiedevamo quali siano i requisiti per l'accesso, questi non saranno erogati con quel nuovo regolamento?

No. Anche i comuni sono dotati di regolamento ISEE, però è diverso da quello dei servizi, ad oggi. Hanno fatto una cosa associata, hanno condiviso la modalità di calcolo dell'ISEE, non sulle soglie, hanno condiviso una modalità di calcolo.

Che voi sappiate la domanda viene soddisfatta oppure no, c'è lista d'attesa?

A Volterra c'è lista d'attesa

E queste sono tutte strutture pubbliche, cioè dei Comuni, oppure in convenzione?

A Volterra c'è una pubblica, una in convenzione e poi una privata.

Però la privata non c'entra nulla.

No.

Secondo intervistatore: e a Pomarance?

A Pomarance è in convenzione. Invece Castelnuovo è di proprietà pubblica ma è gestita da una cooperativa, però di proprietà pubblica.

Per quanto riguarda i minori in generale, non soltanto la prima infanzia, ci sono centri diurni, ludoteche, centri gioco, centri giovani, soggiorni estivi? Questi sono di nuovo dei Comuni oppure sono della società?

I soggiorni estivi e le attività diurne, come le chiamiamo noi, però le facciamo solo d'estate, le gestiamo noi per conto dei Comuni.

Invece altri centri per i minori sono nuovamente comunali, se ci sono?

Sulle politiche dei minori i Comuni hanno lavorato autonomamente, ogni Comune ha promosso attività specifiche o spazi oppure attività proprie

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare finalizzata a famiglie con minori ci sono interventi?

Se se ne presenta la necessità rientrano fra gli interventi domiciliari che noi facciamo, però quando se ne presenta la necessità.

Comunque nel 2005 io rilevavo una spesa nulla...

Di solito non ci sono. A volte si può verificare in certe occasioni di fare delle ... mi sembra che ora un caso ci sia.

Secondo intervistatore: ci sono consultori familiari?

Sì.

Che sono ovviamente della società?

Sì. Negli ultimi anni ha promosso azioni per potenziare l'attività consultoriale, chiedendo anche alle zone di presentare progetti in questo senso. Quindi da quel momento lì, è stata messa un'attenzione particolare alla riqualificazione e al potenziamento delle attività consultoriali e poi, a seguito dell'approvazione del progetto abbiamo avuto dei contributi come Azienda Usl 5 che ci hanno consentito anche di potenziare alcune attività. Ora io avrei da una parte il quadro di quello che era prima della presentazione del progetto e poi quello che siamo riusciti a fare dopo la presentazione del progetto. In contemporanea nella zona è stata avviata anche un percorso diverso per il punto nascita.

Il punto nascita è ...

A dell'ospedale. Che ha avuto dei problemi. Cioè, un periodo è stato anche chiuso e poi, un rilancio anche qui del punto nascita, e questo rilancio si è incanalato in maniera parallela anche al rilancio delle attività consultoriali. Per cui alcune professionalità previste per il punto nascita sono disponibili poi anche per andare a potenziare le attività consultoriali. Tutto ciò previsto si può dire che è una cosa specifica, molto specifica della zona. Direi anche collegata alle dimensioni della zona, cioè una zona di queste dimensioni deve fare sinergia tra i propri servizi, altrimenti non riesce a mantenerli. Noi nel consultorio abbiamo previsto intanto un'equipe completa per la sede di Volterra e di Pomarance. E qui erano già presenti la figura dell'assistente sociale, dell'ostetrica, del ginecologo, dello psicologo. A Volterra in più a queste figure c'è anche il mediatore familiare, la mediatrice familiare (che è Stefania Leccioni) e il consultorio per gli adolescenti. Questo però solo a Volterra. Poi sono previste delle sedi secondarie, dei consultori, e questi sono a Pomarance e all'Alberello, e delle proiezioni a Ponte Ginovi e a Montecatini.

Delle proiezioni significa che ...

... che ci può andare un ostetrico, un ginecologo, un assistente...

In caso di bisogno?

No, no. Fissi. La logica è: nella sede principale ci sono tutte le figure possibili che ruotano sul consultorio, nella sede secondaria almeno due figure, nelle proiezioni una figura in proiezione, che poi può essere o l'assistente sociale o il ginecologo o l'ostetrico, con una distribuzione, però tutto collegato in modo che ci sia una condivisione. Con il finanziamento regionale abbiamo potuto potenziare l'attività educativa e psicologica, quindi con 12 ore settimanali in più di educatore professionale e 18 ore settimanali in più di psicologo. Poi, con il punto nascita invece sono state assunte 4 ostetriche in più, e questo consente di garantire in tutte le sedi consultoriali un giorno di ostetrica. Ora l'orario quello non lo conosco, però mi dicevano... e in più una presenza ostetrica di 24 ore qui nella sede del punto nascita ma diciamo disponibile come riferimento per tutto il territorio, anche per esigenze territoriali. È difficile a spiegare però in qualche modo il punto nascita fa anche un'attività di riferimento per il territorio.

Anche perché i parti sono ridotti essendo un progetto sperimentale e il parto diciamo come è definito, il parto fisiologico quindi, un numero ridotto, che gli sforzi del personale per essere utilizzato tranquillamente per tutte le attività ambulatoriali e consultoriali.

Questa attività di riqualificazione delle attività consultoriali ha visto anche un impegno dell'azienda sugli arredi, quindi un rinnovo degli arredi nella parte consultoriale anche per renderli meno ospedalieri, più accoglienti. E poi un potenziamento anche dal punto di vista delle attrezzature, infatti con un progetto presentato alla Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra abbiamo potuto acquistare un ecografo portatile, per poterlo poi utilizzare nelle sedi.

Ci sono attività per l'assistenza di donne e minori soggetti ad abuso? Questo attiene sempre al consultorio oppure ci sono degli interventi specifici?

Noi stiamo partecipando in questo momento ad un percorso promosso dalla Provincia di Pisa, avendo un protocollo sulla intra-familiare, e anche un progetto di cui siamo partner sempre della Provincia di Pisa. Questi progetti hanno previsto una formazione specifica di tutti gli operatori consultoriali sulla tematica della violenza intra-familiare. In questo momento assistenti sociali, psicologi, educatori, medici del pronto soccorso, carabinieri, vigili urbani, forze dell'ordine, stanno partecipando tutti a dei percorsi formativi su questa materia. Ci sono stati 2 incontri al momento di tre zone insieme. Poi invece in aprile ci saranno incontri zonali, per creare proprio una rete zonale su questa tematica. E son già programmati, più un seminario finale che si terrà a Volterra. Però quest'ultimo per le zone di Val d'Era, San Miniato, Valdarno e Alta Val di Cecina.

Comunque diciamo che l'intervento poi specifico su questi soggetti lo fa o il servizio sociale distrettuale che si trova a contatto diretto con la casistica e anche gli operatori del consultorio nel momento in cui si trovano a riconoscere un problema di questo tipo.

Magari è interessante che noi siamo in questo percorso provinciale in cui ci sarà poi tutta una campagna informativa: ci danno la possibilità di stampare, anche con il nostro logo Società della Salute, dei depliant.

Quindi diciamo che questo incarico viene svolto, come viene fatta la segnalazione all'autorità giudiziaria, dal servizio sociale. E come strutture abbiamo un appartamento gestione AUSL per donne in difficoltà, abusate, picchiate... sulle emergenze. Che si usa temporaneamente, dove le donne possono stare temporaneamente in attesa di trovare un percorso.

Secondo intervistatore: una struttura rifugio?

Sì.

Ok. E per i minori in difficoltà? Case famiglia? Ci sono realtà sull'accoglienza continuata nel tempo, non solo per le emergenze?

No, noi... strutture per minori in zona non ce ne abbiamo, né di pronta accoglienza né di continuità.

Come struttura avete solo questa casa rifugio

Sì, abbiamo solo quella. Ci appoggiamo a Pontedera oppure alle strutture presenti in Toscana dove insomma si trova posto...

Siete in grado di fornire assistenza per l'emergenza economica di famiglie in difficoltà attraverso interventi materiali, insomma, tangibili, immediati diciamo, al di là del catalogo di prestazioni che offrite, che è soggetto a regolamento?

Sì, quello che siamo in grado di fare subito sono i buoni spesa, pasti, autorizzazione per i pasti anche nella nostra mensa, quello siamo in grado di farlo nel momento in cui si verifica il bisogno, queste due cose qui siamo in grado di farle immediatamente.

Il banco alimentare non è presente.

No, qui no. La Caritas c'è. La distribuzione, qui, del banco alimentare non c'è. C'è la Caritas... qui che però eroga anche buoni...

Abbiamo già visto il catalogo delle prestazioni, ce ne sono alcune specificamente rivolte alla famiglia oppure sono quelle generali e quindi sono rivolte alla generalità dei cittadini?

No, sono quelle rivolte alla generalità. In passato avevamo avuto dei finanziamenti specifici per la natalità e allora abbiamo fatto. Però c'era un finanziamento specifico della Regione, nell'ambito del Fondo, però era finalizzato.

Attualmente non avete assegni straordinari quindi per madri, gestanti, finalizzati alla natalità queste cose qui?

No, finalizzati no.

I Comuni praticano esoneri sulla mensa, i trasporti, l'abbattimento dell'erario...

Sì, quello sì. I Comuni si occupano anche dell'assegno al nucleo familiare.

Certo, certo. Però per quello voi siete front office, ma non è sulla vostra linea di bilancio.

No, esatto.

Gli esoneri però sulle mense scolastiche, sui trasporti, quelle i Comuni lo fanno anche su segnalazione nostre.

Passando all'immigrazione, ci sono dei programmi volti a favorire l'integrazione degli stranieri attraverso l'apprendimento della lingua? E, in particolare, per quanto riguarda l'integrazione dei minori, per l'integrazione scolastica?

Per l'apprendimento della lingua italiana ci sono iniziative però lasciate alle singole realtà, ai singoli Comuni o alle singole realtà associative. Noi come Società della Salute abbiamo aderito per

il secondo anno alla proposta della Provincia di Pisa di presentazione di un progetto sul bando finanziato da un fondo ministeriale del Ministero dell'Interno e quest'anno è stato impostato finalizzandolo alla prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro e in particolare, siccome è un progetto che coinvolge anche la Prefettura, anche la diffusione della lingua italiana abbinandola anche a nozioni di educazione civica e via dicendo. Quindi, di fatto il finanziamento ci è stato comunicato recentemente; questo intervento verrà promosso dalla Provincia e farà riferimento alle Società della Salute per approfondire gli interventi anche per la lingua italiana in tutta la zona. Però ad oggi questa è la situazione. Per la mediazione linguistica io, per quest'anno perché finora se n'è occupata una mia collega, le risorse sono state reperite grazie a un finanziamento provinciale sempre e in particolare per l'Istituto comprensivo Tabarrini che interessa i Comuni di Castelnuovo, Pomarance per interventi di mediazione culturale e linguistica negli istituti delle scuole medie elementari. Negli anni precedenti queste risorse venivano prese in parte dal piano di zona e sul bilancio sociale. Una parte comunque, in caso magari di emergenza... un ragazzo che viene inserito a metà anno, le risorse sono già state in qualche modo programmate, si cerca di recuperare risorse dai piani.

Ma a fronte di queste risorse gli interventi poi che cosa prevedono? Delle ore aggiuntive, dei corsi di italiano, ...

Per quest'anno sono interventi mirati al recupero sulla lingua italiana, o individuali o di piccoli gruppi. In altri anni era un percorso continuativo durante tutto l'anno, un affiancamento... invece quest'anno è stato chiesto, perché... gli interventi vengono progettati in collaborazione con gli istituti scolastici, gli insegnanti segnalano il bisogno, propongono una soluzione o comunque un intervento, e quest'anno si cerca di fare delle ore intense, dei pacchetti all'inizio dell'anno, insomma questo tipo di intervento. Nei servizi sanitari e socio sanitari è previsto dal maggio 2007 la presenza del... un servizio di mediazioni linguistico-culturale, che prevede sia la possibilità di presenze fisse sia la possibilità di interventi su chiamata, quindi interventi di urgenza o programmati in base alle esigenze dei vari reparti o dei servizi. Le presenze fisse le abbiamo previste nel consultorio di Castelnuovo Val di Cecina, cioè dove, lo si diceva già da prima, è maggiore la presenza degli immigrati. È previsto che la mediatrice araba, in questo caso, affianchi sia l'ostetrica che l'assistente sociale che il pediatra. C'è tutto un calendario di presenze mensili, due volte al mese con l'ostetrica, due volte al mese col pediatra e due volte al mese con l'assistente sociale. Ho cercato di mettere insieme anche il monitoraggio che abbiamo fatto nel 2008, gli interventi registrati da questi nostri operatori, in presenza della mediatrice culturale, e poi è previsto anche per l'ospedale lo stesso tipo di servizio, quello su chiamata, e lì diciamo che durante l'estate abbiamo delle chiamate, durante l'inverno quasi niente. E stranamente, anche durante l'estate, i mediatori culturali vengono chiamati più per lingue, tedesco, inglese, che degli arabi che forse quando vanno all'ospedale ci vanno accompagnati da qualche familiare che parla la lingua...

E questo, però, lingua araba. Quindi non albanese.

Avevamo previsto una presenza albanese a Pomarance, però poi si è visto che gli albanesi, ormai presenti nel territorio già da anni ...

... parlano l'italiano...

... per cui tutto sommato la presenza di questa figura estranea poteva anche disturbare.

Però questo è solo per il sanitario...

No, anche per il sociale. Questo è un servizio integrato. Anzi devo dire, nel 2008 abbiamo registrato più interventi sul sociale, 82 nell'anno, che l'ostetrica, 65.

E questa sì, è mediazione, perfetto. Però ci sono interventi di formazione per il personale in generale, per l'approccio all'utenza immigrata?

Abbiamo fatto un corso di formazione aziendale, ma solo noi. Noi come servizio appunto del distretto che sentiva questa esigenza proprio di formarci in questo senso. Si è fatto l'altro anno, può darsi che se ne ripropongano altri, con una mediatrice culturale

Per voi però...

All'interno dell'azienda, aziendale. Agli operatori rivolto agli educatori, psicologi, assistenti sociali, medici. Si è proposto a noi del sociale a dire la verità però poi, siccome qui anche la formazione viene condivisa da tutte le strutture organizzative, quindi se ci sono dei corsi che poi interessano anche ad altre strutture organizzative queste partecipano.

Il nostro problema era capire dov'era il confine tra cultura e problema.

Poi noi seguiamo anche dei nuclei, a domicilio, dove ci sono problematiche all'interno dell'immigrazione.

Svolgete attività di mediazione nei confronti dei cittadini immigrati per accedere al mercato della locazione?

Da noi il servizio di riferimento per gli stranieri, al di là di specifiche esigenze, è la rete degli sportelli informativi per stranieri, che ormai è attiva dal 2000 - 2002 e sono attivi su tre Comuni su quattro e molto probabilmente verrà attivata anche sul quarto Comune.

Però fa riferimento alla Società della Salute.

Certo, sì, fa riferimento alla società per la salute, è una delle cose gestite insieme all'Informagiovani, da noi come coordinamento. Ovviamente, la realtà territoriale ha reso possibile che l'operatrice, la stessa in tutti gli sportelli, è diventata un riferimento di indirizzo, ora ad esempio è stata autorizzata da tutti i comuni ad elaborare la pre-istruttoria informatizzata dei permessi di soggiorno, quindi ha queste competenze più tutta la parte informativa sull'accesso ai servizi, quindi indirizza in qualche modo, orienta gli utenti in base alle specifiche necessità. E quest'anno, in via sperimentale, abbiamo affiancato all'operatrice un servizio di consulenza legale di base, proprio per il problemi legati al permesso di soggiorno.

Ci sono servizi di consulenza e informazione dedicati agli immigrati, questa volta, a sostegno delle responsabilità familiari.

Noi abbiamo, anche quando presentammo il progetto, si era prevista una serie di consultori per immigrati a Castelnovo, sempre per lo stesso motivo... però poi i servizi rivolti agli immigrati abbiamo considerato gli stessi.

Sul sostegno alle responsabilità familiari ci lavorano un po' le educatrici, c'è quella nuova educatrice del consultorio... però lo fa più su specifiche situazioni, segue non tanto, come dire, a livello di gruppi... che il sostegno alle responsabilità familiari mi immagino anche un lavoro del consultorio rivolto proprio al gruppo dei genitori.

L'SdS favorisce l'iscrizione sanitaria degli stranieri con permesso di soggiorno e quindi la fruizione di servizi sanitari?

C'è un po' un collegamento dell'operatrice con quelli che sono i servizi di riferimento, in questo caso i distretti, nel caso gli assistenti sociali, c'è un dialogo abbastanza costante fra l'operatrice dello sportello e gli altri operatori dei vari settori.

Sì, l'iscrizione in modo da ottenere le prestazioni del SSN. Anche qui, appunto, accesso ai servizi è lo stesso. Ma quali per gli immigrati regolari e quali per gli irregolari, adesso, lasciamo perdere l'aspetto sanitario che in questi giorni poi è particolarmente scottante, ma per quanto riguarda i servizi sociali?

Dei residenti... ci atteniamo a quella che è la legge regionale...

Per cui gli interventi riguardano i residenti, in sostanza?

I residenti, e uno straniero non comunitario può essere residente se è in regola con il permesso di soggiorno. Ora, se poi capita un caso viene trattato col buon senso diciamo, perché poi alla fine... nel senso... lo straniero senza permesso di soggiorno è soggetto al decreto di espulsione nel momento in cui le forze dell'ordine... il problema è che le forze dell'ordine per evitare determinate cose alle volte evitano di fare il decreto di espulsione, per cui uno si trova in collo una cosa da gestire e fra amministrazione comunale e servizio sociale si cerca di gestirlo ... volontariato ... in attesa di un percorso ovviamente, verificare se c'è la possibilità di un percorso di regolarizzazione o comunque di risoluzione definitiva del problema.

Qui c'era una domanda relativa ai cittadini stranieri in condizioni di marginalità che si dedicano alla prostituzione però abbiamo detto che non è un problema in questa zona...

Ci sono strutture per le emergenze abitative degli immigrati?

C'è un appartamento in ristrutturazione nel Comune di Castelnuovo Val di Cecina, proprio finalizzato all'accoglienza temporanea.

Quanti posti?

È un appartamento che può ospitare una famiglia, ancora deve essere finita la ristrutturazione quindi, ma credo intorno ai 4-5 posti.

Casi di nomadismo?

No, non ci sono in questa zona.

...di vagabondaggio, tralasciando gli stranieri?

No.

Questo, anche qui di nuovo sarà per residenti oppure per detentori del permesso di soggiorno questo appartamento? Oppure come molte realtà cittadine, penso a Torino piuttosto che a Milano, non si chiede, quindi non si sa, e quindi non si deve procedere d'ufficio?

Non è stato ancora affrontato. Io, per quanto riguarda i casi di emergenza abitativa che si sono verificati in passato che erano anche molto frequenti nel comune di Castelnuovo, dai primi anni 90 in poi, perché era un'immigrazione datata ormai... e dove l'amministrazione comunale metteva a disposizione i propri alloggi o alloggi che aveva in concessione da enel ... era però sempre in casi di emergenza abitativa di persone ...

Regolari. Ok. Queste sono domande che attengono probabilmente a realtà diverse, città grandi.

C a Pisa ad esempio, l'emergenza dei campi nomadi, l'altra settimana c'era un incontro in prefettura dove emergenza proprio una differenza grossa ... Pisa ha una cosa come 6 o 7 campi nomadi tra

autorizzati e non autorizzati e fra Pisa e Firenze sono in Toscana ... e nonostante questo non siamo attrattivi per questo tipo di immigrazione come zona, perché loro preferiscono infatti sistemarsi nelle periferie urbane.

Ci sono strumenti di monitoraggio e controllo degli stranieri senza fissa dimora?

Un sistema di monitoraggio strutturato no. Diciamo si attivano casi specifici su segnalazione ... no, protocolli veri e propri no.

Di nuovo, il catalogo di quelle prestazioni è rivolto a tutti... non ci sono quindi prestazioni specificamente rivolte agli immigrati?

No, sono per la popolazione in stato di bisogno.

Certo. E qui il regolamento cosa prevede: basta la residenza o serve una residenza pluriennale?

No, la residenza.

Ok, abbiamo finito.

6. Fondazione Territori Sociali Alta Val d'Elsa

Poggibonsi, 4 febbraio 2009

È stato effettivamente realizzato il Punto Unico di Accesso (PUA)? È prevista una sua specifica applicazione per gli ambiti qui analizzati (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati) in particolare?

Il punto unico di accesso, nella sua versione originaria, corrispondeva invece a quello che oggi la Regione chiama "punto insieme". Noi ci siamo regolarmente mossi e abbiamo aperto il "punto insieme" di Poggibonsi e a fine marzo apriamo il "punto insieme a Colle Val d'Elsa, inteso come struttura dedicata; oggi quindi c'è quindi un punto insieme già attivo come struttura dedicata e tre recapiti negli altrettanti uffici distretto, uffici presidi locali territoriali... comuni, diciamo... che funzionano già da sportello di accesso, anche se "soft"... poggiati sulle strutture esistenti. Invece il Punto unico d'accesso, inteso come struttura di governo, che sovrintende l'UVM, che sovrintende l'assegnazione di budget eccetera, è stato istituito formalmente, ma sta partendo in queste settimane.

Per tutte le aree di intervento, questo, oppure...

No, per quanto riguarda gli utenti è partito per gli anziani perché l'indicazione della Regione, a oggi, è stata quella di attivarlo per gli anziani, arriveranno... nel senso che è legato... il Punto unico d'accesso è legato al fondo unico per la non autosufficienza istituito dalla legge che per il 2008 ha previsto solo per gli anziani; è stata data l'indicazione, entro il 31 dicembre 2009 si implementerà per i disabili... seguiremo i tempi della legge, sostanzialmente.

Esistono interventi di edilizia sociale (quali alloggi individuali a canone agevolato) operati dalla Fondazione, a fianco delle altre autorità locali? Se sì, di che tipo? Quali sono i requisiti per l'accesso e i criteri di assegnazione? Ci sono domande in lista d'attesa? Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Provo a rispondere, non sono sicuro di centrare la risposta... me lo dice lei se sbaglio o meno. Allora, intendendo come Zona distretto... in questo caso parliamo comunque di responsabilità istituzionale di tipo comunale, non con fondi sanitari quindi, noi abbiamo in gestione per conto di singoli comuni o di comuni associati, una serie di mini appartamenti o appartamenti a finalità sociale, quindi non case popolari, ma con assegnazione a casi sociali.

Non è una cosa numerosissima, ed è un po' a macchia di leopardo, però stiamo ragionando in questi termini, in queste settimane proprio.

In particolare ce l'abbiamo adesso a Poggibonsi e S. Gimignano. Seconda cosa, da qualche mese, direi luglio se non erro, è stato fatto un bando, nell'ambito di un progetto insieme alla Provincia, ma con risorse diciamo assegnate ai comuni, gestito da noi per conto dei comuni, è stato fatto un bando con misure agevolative all'accesso alla casa, quindi: affitti a canone concordato, sfratti per morosità, acquisto prima casa, caparre, anticipo di caparre eccetera; fatto con microcredito, sulla base di una convenzione con la società di microcredito di Siena, e risorse a fondo perduto, quindi, sostanzialmente ci sono degli strumenti che sono prestati dati ai cittadini con cui noi abbattiamo gli interessi, con risorse comunali, quindi a interessi zero. Sono prestiti che restituiscono nel tempo gli impegni relativi alla casa, sono contributi non enormi, ma insomma...

Volevo semplicemente chiederle, quando dice "non numerosissime", intende dire che sono casi mirati?

Sono sette-otto a S. Gimignano, appartamenti, mi sembra quattro o cinque a Poggibonsi, ma sono cose che stanno maturando in questi.

Indipendenti dalle amministrazioni comunali?

No no: sono appartamenti dei Comuni, di cui noi gestiamo gli accessi come servizio sociale; come mandato di servizio sociale diciamo...

Ci sono domande in lista d'attesa, come funziona l'assegnazione?

No, non c'è lista d'attesa, perché non si accede per bando, quindi per relazione dei servizi sociali, quando c'è un appartamento, si individua una delle soluzioni per risolvere i problemi di persone che hanno bisogno, quindi non avviene con un bando in cui c'è una lista d'attesa o c'è una richiesta formale... sono situazioni che quando c'è il problema si cerca di risolvere in questo modo ... sono numeri piccoli, numeri piccoli, assolutamente bassi... per fortuna; adesso... è l'ultimo anno che è esploso, un anno e mezzo, il problema della casa, ed è per questo che stiamo partendo... perché c'è stato oggettivamente una maggiore cruenza dal punto di vista degli affitti e degli sfratti per morosità, sfratti con nuclei familiari con minori eccetera; problemi che hanno imposto un intervento più massiccio. Fino a un po' di tempo fa si riusciva a gestire coi contributi ordinari...case famiglia... per minori. Invece adesso il problema è più diffuso e bisogna strutturare degli interventi di sistema.

Esistono nel contesto della SdS strumenti di attività di mediazione per l'accesso al mercato della locazione per le diverse categorie di utenti (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati)?

Naturalmente i comuni hanno anche degli strumenti che gestiscono loro, in maniera non associata, di affitto a canone concordato, contributi ad affitti...

Indipendenti dalla fondazione?

Sì, che gestiscono i poteri comunali; noi interveniamo solo sui contributi affitti, mi sembra... dove a macchia di leopardo alcuni comuni ci hanno chiesto di gestirli noi, altri ancora no... è una fase che stiamo implementando, però i comuni, presi singolarmente hanno politiche sull'edilizia agevolata molto...

Volevamo capire se era affidato alla fondazione.

No, oggi i comuni ci chiedono di pilotare questo coordinamento, ma siamo ancora a una fase... no, non si può dire che sia ancora coordinato.

Quindi quando diceva a "macchia di leopardo" intendeva dire che ci sono ancora dei comuni che hanno affidato alla fondazione per scelta...

Alcuni cercano di coinvolgerci per mettere a sistema la cosa, altri che si stanno affacciando adesso o che hanno problemi minori; San Gimignano ha problemi relativi rispetto a questo: una volta avevano otto appartamenti per anziani e cose del genere; è un comune che ha redditi alti e non hanno moltissimi problemi di questo genere, mentre Poggibonsi e Colle, soprattutto, che ha una grossissima ondata migratoria, hanno problemi molto più grossi; in più c'hanno la cassa integrazione... abbiamo l'85% della cassa integrazione della provincia di Siena.

Quindi per “mediazione” si deve intendere in questo momento contributi solo finanziari?

Sì.

Non ci sono servizi di mediazione... un vero e proprio sostegno nella negoziazione coi proprietari, cose di questo genere?

No, sono tutti strumenti finanziari che riguardano anche il proprietario, per esempio l'abbattimento dell'ICI per gli edifici a canone concordato, abbiamo distribuito, per dirle... alcuni degli appartamenti che gestiamo, li abbiamo presi in affitto così garantiamo al proprietario che l'affitto lo paghiamo noi, perché altrimenti non erano credibili gli affittuari...cioè non sono operazioni di sistema, l'unica di sistema è lo sgravio dell'ICI che sta in questo bando che le ho detto, e un'altra delle opzioni in questo bando di cui le ho parlato, e quello è associato come bando.

Ci sono alcuni strumenti associati ed altri in capo ai comuni; ma secondo lei c'è una tendenza verso l'aggregazione?

Sì, sì, assolutamente, anche perché – o almeno è quello che hanno detto i sindaci – anche per effetto della fondazione; cioè, loro con la fondazione hanno sperimentato un modello associato che è cominciato sulle cose più strettamente sociali, perché nella divisione delle competenze degli uffici comunali tutto il tema dell'edilizia popolare...e anche quella sociale è gestita dai lavori pubblici, non è gestita dal sociale, nelle competenze comunali; adesso stanno vedendo che la cosa ha funzionato e vorrebbero affidare l'integrazione delle competenze su altri settori, fra cui l'edilizia sociale è quella più ovvia, una delle prime; educativo ed edilizia direi che sono i prossimi due terreni di aggregazione.

Sono attivi servizi e attività di promozione della salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani? (Es.: ginnastica, corsi per stili sani di vita, centri diurni, manifestazioni, eventi, orti sociali, gite).

Ci sono: sì. Incominciamo a dividere il mondo in due: ci sono quelle che sono frutto di autoorganizzazione del privato-sociale, che qui sono molto forti, fra i centri anziani, qui c'è una tradizione di centri auto-gestiti e quindi non promossi dalla fondazione, dai comuni o dalla AUSL, ma che sono molto attivi e molto riconosciuti sul territorio, Poggibonsi e Colle soprattutto. Poi ci sono invece servizi in questo senso promossi e organizzati dalla fondazione, e, in questo caso abbiamo, sicuramente centri anziani; uno a S. Gimignano, e uno a Radicondoli, dove si fanno esattamente queste cose: aggregazione, promozione di stili di vita eccetera. Poi abbiamo una residenza assistita, dove si fa anche l'orto sociale. Quindi direi sicuramente di sì e sono diffuse.

Quando parlava, prima, degli auto-organizzati, sono sovvenzionati?

No, sono totalmente auto-organizzati, c'è una forte relazione di partenariato, loro addirittura ci aiutano, fanno volontariato dentro le residenze per anziani...

La fondazione non è coinvolta?

Non è coinvolta finanziariamente, perché loro vengono a fare volontariato nelle strutture gestite da noi, in alcuni casi; oppure facciamo molto spesso riunioni da loro, nelle loro sale riunioni: c'è molta frequentazione però sono autonome, economicamente... fanno le loro cose, quello di Poggibonsi è

molto attivo; quello di Colle addirittura fa un servizio che è succedaneo ai servizi pubblici, un vero e proprio centro anziani dove ci sono anche dei non autosufficienti: è nato per volontariato, è molto amato a Colle Val d'Elsa, però quest'anno abbiamo, devo dire, abbiamo dovuto dare un piccolo contributo nel 2008 per sostenere l'attività, ma proprio una cosa molto piccola.

Sono attivi servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (cioè socio-sanitaria, integrata con i servizi sanitari). Quali sono i più rilevanti?

Sì, sicuramente ci sono. Noi lo consideriamo un servizio, un unico servizio nel nostro lessico l'ADI, cioè il servizio. Sicuramente lo facciamo ad anziani e a disabili, mentre... si potrebbe dire anche la salute mentale, è ADI, però in verità per come si estrinseca, c'è il servizio domiciliare che è solo sociale, salute mentale è integrato perché ci vanno anche gli infermieri, mentre per minori e adulti è solo sociale. Noi la chiamiamo integrata... oggi abbiamo deciso di chiamarla integrata, perché c'era una grossa dialettica sulla definizione, veniva da retaggi molto antichi, e oggi abbiamo deciso di chiamarla integrata ciò che avviene su PAP dell'UVM. In questo caso quindi oggi tecnicamente possiamo parlare di ADI per gli anziani, perché l'UVM si occupa solo di anziani non autosufficienti; poi se invece intendiamo per integrati dove convergono professionalità sanitarie e professionalità sociali, senz'altro anche la salute mentale.

Ma l'AUsl fa una assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario?"

La facciamo noi integrata con la AUsl... gestiamo noi sia il sociale sia il socio-sanitario, naturalmente ci stanno le professionalità sanitarie...le infermiere le manda la AUsl, non c'è dubbio, però il coordinamento del 90% della gestione fa capo alla fondazione.

Qual è la situazione sulle liste d'attesa?

Molto dinamica. Devo fare una premessa di metodo: il problema della lista d'attesa sull'assistenza domiciliare discende dal criterio con cui sono fatte le assegnazioni dei progetti, cioè, ogni distretto, prima dell'avvento della fondazione, fino a che entrasse in funzione la fondazione quindi tre anni fa... su domicilio, ogni distretto, quindi ogni comune, anche se in teoria era l'AUsl che gestiva tutto, ma in verità ogni distretto aveva un'organizzazione completamente diversa dall'altra, e questo comportava che alcuni distretti prendevano le domande anche se non erano in grado di dare immediatamente la risposta, quindi creavano lista d'attesa; altri distretti prendevano le domande solo se potevano dare la risposta, e quindi non avevano lista d'attesa, quindi è difficile fare un ragionamento... da due anni abbiamo messo decisamente a regime un coordinamento molto più forte, stiamo anche armonizzando i modelli d'intervento su orari eccetera; e questo ha portato, fra l'altro, nel 2008, col fondo della non autosufficienza ad abbattere le liste d'attesa; adesso, siccome a fine anno c'è stato un taglio del fondo sociale, si è dovuto ridimensionare molto gli interventi. A Poggibonsi si è ricreata la lista d'attesa, a Colle non mi è giunta notizia... la notizia di Poggibonsi però è di qualche giorno fa, quindi potrebbe anche essere... però si è riprodotto il fatto che a Poggibonsi c'è lista d'attesa mentre probabilmente a Colle hanno preferito dare meno assistenza a più utenti, è proprio un problema di pianificazione.

Di disponibilità?

Sì, le risorse son queste e allora... crei liste d'attesa...oppure se vuoi dare più risorse su tutti gli utenti... e allora è un problema di programmazione. Quindi oggi abbiamo di nuovo l'avvio di nuove liste d'attesa... siamo stati anche costretti ad aumentare le tariffe e questo certamente non aiuta il

fatto che la gente poi ricorre al servizio... è un momento molto dinamico per le politiche del domicilio. Perché io trovo anche che in questo periodo ci sono delle politiche regionali che sono contraddittorie, le trovo contraddittorie, paradossalmente... tutto il grande investimento sul fondo per la non autosufficienza si scontra con atteggiamenti quasi demagogici per volerlo fare quasi gratis; cioè, nella legge sulla non autosufficienza ci sono queste indicazioni sulla compartecipazione, che sono in contraddizione, palese, col tema di fare un servizio... cioè, se gli utenti devono accedere gratis, i comuni non è che li fabbricano i soldi, han tagliato i fondi... si fa l'attività però deve essere gratis. Allora o si dice che si vuole fare a domicilio, però bisogna fare in modo che... Diciamo che alla fine l'effetto di questa norma è che i comuni avranno interesse a fare residenze, non domicilio, perché almeno con le residenze gli utenti pagano, il domicilio è gratis, come facciamola farlo, un'ora a domicilio costa 24 euro all'ora, cioè non è una cosa semplicissima da sostenere.

In realtà spingono nella direzione opposta...

Eh sì, perché se loro dicono: le politiche domiciliari vanno privilegiate, e quindi fatele gratis, adesso banalizzo, non è proprio così, ma nella sostanza è così, l'effetto è che i comuni per effettuare tanto domicilio ehm...per farlo far fare gratis dovranno ridurre il domicilio, il domicilio si ridurrà, non potrà ampliarsi, è una... in più c'è un altro dato: che le residenze costruite e fatte vanno tenute piene, è inimmaginabile che uno tiene un immobile vuoto e quindi in residenze si deve tornare a investire, in più c'è anche un fatto di politica amministrativa, il resto sono chiacchiere, perché dal punto di vista della politica tutti noi operatori sappiamo che a domicilio l'anziano sta meglio, ma perché stia meglio bisogna dargli l'assistenza domiciliare ed è il servizio più costoso che c'è; quindi se fatto bene costa, e se non partecipa la

I centri diurni sono la giusta mediazione infatti ne stiamo aprendo: ne abbiamo aperto uno l'anno scorso, ne apriamo un altro a Colle Val d'Elsa quest'anno, quindi se l'UVM la sceglie come prassi dovrebbe, questo dovrebbe dare una risposta più qualitativa, una giusta mediazione fra le due.

Avete convenzioni col terzo settore sull'assistenza domiciliare?

Sull'assistenza domiciliare, la situazione che ho trovato io è stata di un appalto di manodopera, quindi un appalto che, nei numeri era in proporzione molto alta...tanto per darle dei numeri, noi abbiamo su circa 35.000 40.000 ore di assistenza domiciliare (cifra approssimativa), su vari progetti, varie linee eccetera, direi che noi, coi nostri tredici dipendenti... abbiamo un 40% fatto direttamente e un 60% in appalto. Il problema è che quest'appalto non corrisponde ad un appalto di servizi, ma il servizio è tutto coordinato dai servizi sociali, dove noi sostanzialmente abbiamo degli operatori di cooperative.

L'appalto è cogli operatori?

Sì. Invece adesso abbiamo proprio deciso, per mettere ordine, e il bando uscirà a fine mese, siamo pronti per fare il bando, di appaltare tutt'un comparto, di internalizzare definitivamente tutta l'assistenza agli anziani... perché era trasversale prima l'appalto, facevano un po' di tutto diciamo, proprio perché erano operatori, lavorando quindi... invece appalteremo tutto il resto e cioè disabili, minori, adulti, salute mentale. Quindi io le ho dato l'ADI nel complesso, non anziani.

In realtà volevo un attimo riassumere per capire se ho colto: la strategia è: internalizzare il più

possibile gli anziani e esternalizzare in appalto di servizio completo le altre aree?

Sì.

Sono anche attivi servizi di prossimità? Di che tipo?

Per il telesoccorso c'è un residuo gestito dalle associazioni di volontariato ma non promosso da noi, nel senso non utilizzato, se non marginalmente, da noi. Invece abbiamo promosso alcuni servizi di corollario: il primo sono i trasporti sociali, noi abbiamo di fatto un servizio che permette per i centri diurni il trasporto degli anziani per raggiungere i servizi; abbiamo attivato l'anno scorso un progetto, che per il momento è sperimentale, ma siccome sta andando bene, penso, spero che possa diventare strutturale, che è un servizio di prossimità fatto in convenzione con le associazioni di volontariato. Noi abbiamo delle operatrici che fanno tele-controllo, cioè telefonano giornalmente, mensilmente, settimanalmente, a seconda... ad una platea di anziani, che hanno aderito al progetto... direi duecento anziani che vivono soli e alcuni di questi, che hanno bisogno di servizi leggeri, la spesa, le medicine a domicilio, accompagnarli al mercato... una nostra operatrice fa il matching fra la domanda e la disponibilità di quell'associazione di volontariato che può fare il servizio, quindi attraverso il volontariato... siamo convenzionati con l'associazione e monitoriamo noi la domanda di servizio leggero... Sta dando degli ottimi risultati... tutto è nato da una domanda che abbiamo fatto a tutti gli anziani che vivono soli nel territorio, abbiamo spedito circa 4.000 lettere, ed hanno risposto circa 150, e da cosa nasce cosa, abbiamo deciso di aprire questo *call center*.

C'è una strategia per la de-istituzionalizzazione, se sì, in quali forme?

La cosa vera ed in cui io ho molta fiducia è che si sono introdotti elementi di de-istituzionalizzazione tramite: i posti per l'accoglienza temporanea nelle residenze, quindi abbiamo introdotto diversi posti che da definitivi diventano temporanei e i centri diurni. Questi sono elementi reali di de-istituzionalizzazione, su cui facciamo concreto affidamento, noi, la AUSL... programmazione vera. Abbiamo sostituito qualche posto in posti temporanei, in più il nucleo Alzheimer è temporaneo per regola, quindi avendo un nucleo Alzheimer... diciamo che noi su 100, ne abbiamo 143 che adesso diventano 163, posti di RSA andiamo ad avere 15 posti temporanei, in pochi mesi da zero a 15, che vuol dire un significativo spostamento. Se posso anticipare il tema dei disabili, abbiamo fatto la stessa scelta, cioè abbiamo affiancato un piccolo modulo che tende ad essere un definitivo "dopo di noi", abbiamo affiancato diversi progetti di temporaneità, di distacco graduale dalle famiglie per ragazzi più giovani, quindi l'idea è di utilizzare le strutture residenziali come posti di sollievo temporaneo, e i centri diurni, poi tutto il resto è come dicevo prima: c'è una dichiarazione di intenti in cui crediamo tutti... noi tecnici, che è la domiciliarietà, poi c'è stato l'ospedale di comunità, non è sociale, ma è sanitario, ma glielo devo citare per dovere... perché le interessa insomma... anche l'ospedale di comunità va in questa direzione, il fatto che all'ospedale di sia stato messo un modulo per le dimissioni protette è un elemento di mediazione fra la degenza ospedaliera *tout court* e una forma più di assistenza domiciliare. Nel domicilio ci crediamo tutti, ma alla fine quando si tratta di andare a tagliare i fondi, l'unica cosa variabile che si può tagliare è il domicilio. Perché si rinnovano i progetti di anno in anno e i posti residenza... è molto più difficile... poi c'è la cultura della residenza, le famiglie ad un certo punto lo chiedono, c'è una forte pressione sociale...il domicilio molto meno, ci sono una serie di fattori che vanno in quella direzione.

Esiste un servizio di telesoccorso e/o teleassistenza? Come funziona? Esistono convenzioni col terzo settore? Quanti utenti ne usufruiscono, quali sono le regole di accesso?

Non abbiamo un servizio di telesoccorso più strutturato, ne abbiamo cominciato a parlare ma le

direi una bugia se le dicessi che c'è; telesoccorso nel senso di centrali d'allarme, 24 ore su 24, questo non c'è.

Nella zona sono attivi servizi di mediazione per le famiglie nel reperimento di assistenti familiari (badanti)? Sono attivi corsi per la formazione di assistenti familiari?

Questa è un'azione prevista nel PIS, l'abbiamo inserita nel PIS, ma stiamo lavorando adesso alla sua regolamentazione; nel senso che adesso il fondo per la non autosufficienza ha istituito anche l'assistenza indiretta; abbiamo messo nel progetto le somme per fare il progetto, sia nel PIS che nel progetto poi specifico del fondo... e quindi: è nostra intenzione lavorarci, ma stiamo partendo: abbiamo già parlato col centro per l'impiego cioè è l'idea di fare un lavoro di contribuzione ma anche di qualificazione... una specie di incontro domanda-offerta... è un tema complicato sul quale ci stiamo affacciando... stiamo progettandolo adesso, non siamo ancora partiti.

Prevedete attività di sostegno alla famiglia dell'anziano sotto forma di attività formativa e consulenziale di sostegno, o mediante attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)? Se sì, in quali forme e con quali risorse?

Lo facciamo sull'Alzheimer. Il nucleo Alzheimer ha attivato adesso proprio poco tempo fa è partito il gruppo di auto-aiuto per le patologie di Alzheimer e nell'attività del modulo Alzheimer c'è proprio l'attività di formazione della famiglia che avviene attraverso il reinserimento a casa, sia tramite i famigliari, sia tramite le badanti dove ci sono.

C'è il *caffè alzheimer...*” - ecco hanno fatto il *caffè alzheimer* per cercare di includere i familiari, giusto... È uno spazio in cui vengono ospitati i famigliari delle persone malate di Alzheimer insieme alle persone malate; e in questo spazio, grazie all'aiuto di un facilitatore, passano... cercano di recuperare un aspetto della vita familiare che è stato perso, per cui ascoltano la musica, parlano, si confrontano, bevono del the, mangiano le torte che portano... proprio per aiutare la famiglia a recuperare il rapporto col famigliare.

Questo viene fatto internamente o con il volontariato?

No, tutto interno.” I servizi di mutuo aiuto del caffè Alzheimer sono rivolti anche a famigliari che non hanno utenti in residenza, cioè lo abbiamo aperto a tutta la cittadinanza... - B: “a chi ha parenti Alzheimer... Ovvero, se posso fare una piccola correzione, allora: tutti gli utenti Alzheimer presumiamo che siano in carico ai servizi sanitari, ovviamente... non quelli che sono ospiti in questo momento nel nucleo, perché siccome il nucleo è temporaneo, ha accoglienza di tre-sei mesi massimo, l'idea è quella di dare un sollievo a tutte le famiglie, cioè di includerle nei percorsi di assistenza tramite questo strumento...

Quindi, includere anche le famiglie che non sono nel nucleo Alzheimer...

Lo saranno, perché tanto a rotazione...dovremmo riuscire a dare risposta a tutti, ma siccome ci sta la fase prima e la fase dopo, che comunque sono pesantissime ugualmente per le famiglie, con questi servizi di supporto si cerca di coinvolgere tutti, diciamo... perché noi nel nucleo – questo forse io l'ho dato per scontato – nel nucleo si accoglie gli utenti che sono nella fase due, cosiddetta, la fase di agitazione – iperagitazione caratteriale – , mentre nella prima fase e nella terza fase, di fatto se devono stare in residenza vanno nel nucleo base, quando sono nella fase neuro-vegetativa, o se no stanno a casa... E poi, però non c'entra con gli anziani, abbiamo un altro gruppo di auto-mutuo

aiuto.

Avete disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati volti a fornire risposte unitarie e integrate agli anziani? Se sì, quali e cosa prevedono? A fronte di una domanda, quali sono i tempi di presa in carico?

Nel nostro caso, tutte le domande... tutti gli utenti anziani, al primo accesso, vanno al punto insieme, vanno al PUA, diciamo, e la domanda viene smistata dagli operatori dello sportello in funzione che sia una domanda complessa e quindi va in UVM... se è una domanda semplice la prende in carico un'infermiera del PUA, se è una domanda semplice-sociale, la prende in carico un'assistente sociale, perché al nostro PUA ci sta l'assistente sociale e l'infermiera, proprio per fare questo lavoro.

Quindi è un PUA integrato anche come operatori?

È un PUA integrato anche come operatori, un PUA vero, diciamo... infatti è costosissimo.

Organizzate assistenza primaria temporanea contro l'emergenza per persone anziane in situazioni di marginalità (ad esempio, vitto, alloggio, vestiario)? Se sì, in quali forme organizzative (pubbliche o in convenzione)? La fondazione organizza pure assistenza primaria di natura più continuativa sotto forma di centri di accoglienza? Se sì, in quali forme organizzative (pubbliche o in convenzione)?

Beh, contributi economici ne diamo diversi, adesso non ho qui il dato su quanti anziani... però ci sono due forme di contribuzione economica agli anziani: la prima è proprio contribuzione per momenti di bisogno a famiglie di anziani che hanno problemi economici; e la seconda sono le agevolazioni all'accesso, che però non dimentichiamo che è una voce grossissima del bilancio comunale con le agevolazioni all'accesso ai servizi, cioè per i servizi che hanno una retta.

Questo vale anche per il disagio... come dire, per interventi di marginalità tipo... banco alimentare cose... di volontariato, oppure solo intervento vostro?

Ci sono sicuramente delle iniziative del volontariato in questo senso, soprattutto rivolte agli anziani, diciamo che le misericordie, pubbliche assistenze, etc. fanno tantissimi servizi per gli anziani; non coordinandoli noi siamo meno informati. Io so che ci sono, ma non abbiamo relazioni organiche ecco, da questo punto di vista: anche il banco alimentare c'è, c'è la Caritas, che fa tantissimo, insomma ci sono diversi interventi del volontariato, però non coordinate in maniera organica.

Dunque sono spontanee... Invece centri di accoglienza per emergenza sociale, per anziani, non mi sembra che ce ne siano...cioè ostelli, in questo senso, non mi sembra ci siano...

No.

La zona prevede contributi all'anziano o alla famiglia dell'anziano sotto forma di voucher o buoni?

In particolare, quali forme prende questo sostegno? Per quali interventi specifici sono stati attivati questi buoni/voucher? Come funzionano? Quali sono i requisiti per l'accesso? Esiste un regolamento unico valido per tutti i comuni della Zona, o è comunale? La domanda viene

soddisfatta completamente?

Può essere che lo faremo, ma per l'assistenza domiciliare, ma è una delle tesi... ci stiamo ragionando ma non c'è unanimità... comunque ci stiamo ponendo adesso il problema, quindi ci vorranno dei mesi prima di deciderlo... regolamentarlo, ma non c'è unanimità dei consensi su questo, ci stiamo ragionando anche noi.

Nel quadro della vigente normativa regionale, la zona prevede per gli anziani alcuni fra i seguenti interventi, quali? Quali sono i requisiti per l'accesso Ci sono domande in lista d'attesa? Questi strumenti esistono solo per gli anziani o sono previsti anche per tutte le altre categorie di utenza? Quali, etc.?

Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Questi ci stanno, allora: sussidi per l'alloggio etc. etc... Sì, gliel'ho spiegato un po' all'inizio, ci sono contributi affitti, interventi di vario genere... e anche i nostri contributi hanno fra le motivazioni, certe volte, il fatto di aiutare la famiglia a pagare l'affitto, ecco. Poi, minimo vitale... Sì. I prestiti, gliel'ho accennato, stiamo sperimentando col micro-credito... e basta, poi in generale abbiamo contribuzioni... comunque contributi è una delle attività che fanno i servizi sociali comunali...

Le domande che ci sono associate sotto, in realtà, riprendono un argomento che di fatto lei aveva già introdotto prima... Quali sono i requisiti per l'accesso? Lei aveva detto che dipende dall'assistente sociale di zona, se non ricordo male?

Ma i contributi... no, c'è un regolamento unico d'accesso che disciplina i requisiti per l'accesso. Il mio compito è quello di fissare i limiti massimi ai contributi straordinari anno per anno, che, a cui gli assistenti sociali si devono attenere: ci sono dei minimi-massimi, ma certamente l'attribuzione poi al singolo è una relazione, una valutazione del singolo assistente sociale, nell'ambito del budget assegnato... nell'ambito delle risorse che hanno assegnato, danno delle priorità e gli assistenti sociali, poi, con relazione, dispongono al provvedimento del contributo; abbiamo contributi ordinari e contributi straordinari. Abbiamo contributi ordinari che, non so, per qualche mese c'è una situazione temporanea di difficoltà della famiglia; o ci sono contributi straordinari per far fronte ad emergenza...

Ci sono domande in lista d'attesa? Questi strumenti sono solo per anziani o sono previsti per tutte le categorie?

No, sono previsti per tutte le categorie, lì ha il bilancio sociale, ha la statistica di quanto è diviso per categorie... le risorse complessive sono circa 400.000 Euro all'anno.

Nella SdS sono presenti:

- *servizi e attività di promozione della salute fisica dei disabili?*
- *servizi e attività di promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili (ad esempio centri diurni, manifestazioni ed eventi, gite, soggiorni estivi)?*
- *servizi riabilitativi individualizzati per i disabili (ad esempio, musicoterapia,*

ippoterapia)?

- *attività di inserimento lavorativo individualizzato per i disabili?*
- *progetti del tipo “Dopo di noi” (finalizzato all'elaborazione del lutto e all'assistenza per i disabili a seguito della scomparsa dei familiari)?*
- *Progetti Educativi Integrati (PEI) per alunni disabili?*

Se sì, di quale tipo? Per quale bacino di utenza e con quali strumenti?

È una programmazione degli ultimi dieci-quindici anni; sono nati via via tanti servizi per i disabili: abbiamo attività sportive specifiche, quali l'ippoterapia e la piscina, il nuoto; abbiamo attività diurne di socializzazione, con caratteristiche di attività diverse a seconda della gravità di handicap: abbiamo tre centri diurni, due gestiti direttamente e uno convenzionato... una struttura che di fatto diventerà convenzionata entro pochi mesi, ma che di fatto è pagata da noi da diversi anni, è una formula diversa che fa più... “casa-fattoria”, è una casa-fattoria convenzionata, quindi ...abbiamo tre centri diurni, abbiamo la casa fattoria, abbiamo l'assistenza domiciliare, abbiamo tantissima attività d'inserimento socio-terapeutico, e abbiamo fatto un protocollo d'intesa con le cooperative di inserimento lavorativo del territorio, con cui lavoriamo molto, per promuovere gli inserimenti proprio lavorativi, attraverso l'attribuzione di commesse: cioè cerchiamo di favorire le commesse alle cooperative sociali di tipo B, in modo che inseriscano al lavoro persone disabili, insomma è un circuito virtuoso...la filiera... gestiamo anche noi, fra l'altro, mi stavo dimenticando, un centro di pre-formazione e inserimento lavorativo gestito da noi direttamente. Quindi noi gestiamo direttamente tre centri: due per gravi e uno per inserimento socio-lavorativo, terapeutico lavorativo, diciamo... e... poi abbiamo due centri diurni convenzionati uno di casa-fattoria, e uno invece per gravi... sì, quello che dicevo prima, stavo riassumendo; poi, l'assistenza domiciliare... musicoterapia, ippoterapia, insomma... abbiamo diverse cose. Danza, anche... abbiamo il corso di danza... poi c'è tutto il discorso sulla scuola.

Il PEI?

Sì quello è scontato, abbiamo tutta l'assistenza specifica, abbiamo l'educativa domiciliare, per i disabili, che è una risorsa importante... su cui investiamo parecchio... insomma, no, sui disabili devo dire che è stato fatto tanto... veramente negli ultimi dieci anni. Mi dispiace doverlo dire, ma lo dico, perché non vorrei ci fossero equivoci: è tutto sociale, non c'è un euro messo dal servizio sanitario.

Adesso c'è una promessa, finalmente, spero di formare la commissione la settimana prossima, quindi... questo pure va detto, perché altrimenti... se lo misuriamo al 31 dicembre 2008, non c'è un euro, con mio sommo dispiacere; adesso hanno deciso di darci la quota sanitaria sulla CAP, anche perché sarebbe stato – il piano sanitario lo dice – sarebbe stato assurdo il contrario... anche se sono molto col braccino corto sull'handicap, io lo dico... questa cosa la prenda come informazione: sono stato in Regione a... in una riunione in Regione in cui presentavano gli obiettivi assegnati sul socio sanitario i direttori generali delle AUsl, quindi i dirigenti della Regione spiegavano gli obiettivi dati ai direttori generali... c'era praticamente tutto: c'era il fondo non autosufficienza a pareggio di bilancio, l'ospedale di comunità, smaltimento liste d'attesa... c'era praticamente tutto, non c'era una parola, ma neanche nominato, sull'handicap. Cioè: il messaggio che danno ai direttori generali è: ci interessano gli anziani, dei disabili non ce ne frega niente... questo è il messaggio che proprio dà la Regione, mi dispiace... infatti gliel'ho detto, ho detto a Biagi... ho alzato la manina, ho detto: “io qui

la parola handicap non la vedo...” e ha fatto: “Sì... mentre facevo la relazione mi rendo conto... c'è stata una dimenticanza: ci sono gli obiettivi, ma non li abbiamo messi nelle slides”... ma come?... quindi ha dovuto chiedere scusa anche lui... c'è una totale sottovalutazione, chiusa parentesi... Non dovevo dirlo?

Invece il “Dopo di noi” è questa realtà al piano inferiore, che ho visto...

Sono per venti posti, quattro sono “comunità alloggio protette”...CAP... di fatto sono strutturate come case-famiglia: sono quattro moduli di casa famiglia per cinque ragazzi ciascuna, per cinque ospiti ciascuna, diciamo.

Quindi: è un progetto che esisteva già prima della legge?

Questo è stato programmato da lontano... che, per fare un lavoro pubblico di questo genere, ci vogliono cinque... è stato programmato almeno cinque/sei anni fa... l'abbiamo inaugurato adesso. L'abbiamo inaugurato ad ottobre ma era una programmazione frutto di sei anni fa...noi siamo intervenuti in tempo per far partire i lavori.... per orientare la programmazione esecutiva, ma insomma era già programmato il lavoro.

Lo stesso discorso vale per il PEI, accennava prima... i progetti educativi...

I progetti educativi... rispondono... diciamo quelle sono tutte le funzioni educative... tutti gruppi educativi con insegnanti etc.

E' presente all'interno della SdS un servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale specifico per i disabili? La domanda viene soddisfatta completamente? Esistono convenzioni col terzo settore? In parte ne abbiamo già parlato prima, volevo solo sapere se esiste qualcosa di mirato, a livello riabilitativo o a livello di assistenza domiciliare.

Riabilitativo no, perché noi facciamo assistenza domiciliare tutelare ed educativa.

Questo è diverso rispetto a quello di cui si parlava prima con gli anziani, lì si parlava semplicemente di assistenza integrata...

Integrata, qui invece facciamo tutelare ed educativa; quindi quella più domestica e quella educativa.

Anche questa interna, o in convenzione col terzo settore?

Lo stesso discorso di prima: misto. E adesso andiamo ad appaltare tutto; verrà appaltato tutto.

La domanda viene soddisfatta completamente?

eh... bella domanda! Sono casi mirati, però... diciamo che: in termini di utenti si dà risposta praticamente a tutti; la quantità di servizio che si dà al singolo utente probabilmente è inferiore a ciò che sarebbe ottimale. Abbiamo bisogno di piani un po' più intensivi e non ce lo possiamo permettere. Soprattutto per gli handicap molto gravi e i disturbi del comportamento ci vorrebbe una

presenza molto maggiore a fianco della famiglia.

Allora alla domanda successiva praticamente ha già risposto. Sono presenti all'interno della SdS servizi di riabilitazione individuale domiciliare assimilabili alla Assistenza domiciliare socio-sanitaria specifica per disabili? La domanda viene soddisfatta completamente? Qual è la situazione? Esistono convenzioni col terzo settore? Ha detto di no, quindi passerei direttamente alla successiva”

La SdS promuove attività di rimozione delle barriere architettoniche per i disabili relativamente all'abitazione o alla mobilità individuale del medesimo? Quante risorse vengono destinate a questo scopo, per quanti e quali interventi?

Questa è una cosa in cui noi, solo nel 2008, abbiamo coordinato per i comuni, perché è una competenza che gestiscono i “lavori pubblici”, e non i servizi sociali. Per la prima volta nel 2008 abbiamo coordinato la progettazione dei comuni, abbiamo fatto da veicolo di coordinamento per la progettazione... alla Regione, che finanzia con investimenti, l'abbattimento di barriere architettoniche, abbiamo fatto noi da capofila diciamo per la presentazione dei progetti, anche per l'abbattimento delle barriere architettoniche, che è una linea di finanziamento specifica che la Regione adotta. Quindi sono i comuni che progettano, programmano urbanisticamente la cosa. Il nostro ruolo praticamente è solo quello di raccogliere la documentazione e fare da capofila nella presentazione.

Di individuazione del fabbisogno, se ho capito...

No, neanche, questo lo fanno i comuni, perché sostanzialmente parliamo di strumenti urbanistici, quindi... l'unica cosa che abbiamo fatto di concreto è l'abbattimento delle barriere d'ingresso della AUsl, perché alla AUsl praticamente c'è una porta d'ingresso che sembra una specie di ghigliottina per disabili... e quindi abbiamo presentato noi il progetto, d'accordo con la AUsl, ma è una stupidaggine... in verità i grossi investimenti sono sugli strumenti urbanistici, non so... in Toscana... S. Gimignano, tutti i centri storici hanno problemi e quindi i progetti li hanno presentati loro, hanno scelto loro... il loro fabbisogno... noi non ci siamo mai occupati: abbiamo fatto solo da passacarte, diciamo così.

Svolgete attività di informazione (anche finalizzata alla prevenzione) per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicata ai problemi della disabilità anche mediante campagne educative rivolte agli interessati e alle loro famiglie? Erogate servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili o per i care giver, anche mediante l'attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)? Se sì, di che tipo? Come funzionano? Quindi torniamo alla domanda speculare rispetto a quella fatta per gli anziani...

Campagne di massa: no. È il lavoro dell'assistente sociale, ma non fatto in maniera come una campagna di informazione di massa, è un lavoro individuale. Abbiamo fatto con le famiglie degli utenti che sono in carico ai centri diurni... c'è anche un'attività di informazione mutuo-aiuto, collegata, un lavoro di cura sulla famiglia, perché coi disabili è difficile lavorare se non si lavora con la famiglia, naturalmente.

Stesso discorso vale per le reti di famiglie, auto-mutuo aiuto.

Esatto... è l'ANPAS che fa questo lavoro.

Sappiamo che nell'assetto dei servizi erogati dalla zona esistono servizi residenziali per disabili. In quali forme (pubbliche o in convenzione) vengono erogati? La domanda viene completamente soddisfatta? Qual è la capacità di smaltimento delle liste di attesa?

È la CAP, la CAP, per la verità anche le RSA, in attesa della Cap sono predisposte per l'accoglienza di un numero limitato di disabili gravi adulti – questo lo diceva la vecchia legge – adesso, di fatto, dovrebbe essere precluso e vietato. La CAP accoglierà l'handicap medio-lieve; mentre i casi più gravi che hanno bisogno di un'accoglienza residenziale a lungo termine, sono accolti fuori zona, in convenzione con strutture fuori dalla zona.

Sono presenti all'interno della zona servizi dedicati di trasporto per disabili per accedere ai servizi sociali (accompagnamento individualizzato)? C'è una strategia di riduzione delle barriere architettoniche per l'accesso ai servizi?

Quali servizi, quelli di trasporto? Beh son trasporti fatti tutti con mezzi tutti idonei, omologati per loro... è scontato: il trasporto per disabili...

È fatto in convenzione, immagino.

Sì, tutto volontariato.

E la consistenza della domanda? Tanto per dimensionare... qui leggo un dato nel 2007: 36 utenti?

15.000, più o meno... viaggi-utenze... ma preso proprio col beneficio d'inventario.

36 utenze?

36 da due e cinquanta..."

Queste qua sono le misericordie...grosso modo.

Le misericordie... poi adesso abbiamo dovuto integrare perché loro non riuscivano a fare tutto... con altre due associazioni, ma tutte associazioni di volontariato.

Avete disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati dai diversi soggetti organizzativi della medesima volti a fornire risposte unitarie e integrate ai disabili? Se sì, quali e cosa prevedono? A fronte di una domanda, quali sono i tempi di presa in carico?

Sì, l'assistenza sanitaria ai disabili la fanno i servizi sociali, su tutto, anche la disposizione del trasporto, o gli altri servizi la disponiamo noi: la dispongono gli assistenti sociali con un proprio provvedimento; e quindi di fatto tutti i servizi sono pagati da noi, sulla base dei provvedimenti degli assistenti sociali, siamo noi ad attivare la risorsa dell'erogatore, quando non siamo noi direttamente gli erogatori.

L'idea della domanda era essenzialmente questa: se ce ne sono risposte singole o c'era un'idea di integrazione della presa in carico.

No, nel senso che non so con chi ci dovremmo integrare; direi di no... essendo noi gli unici... è già integrata per definizione... c'è un'integrazione territoriale; ci coordiniamo con la AUsl con cui lavoriamo insieme... alla fine siamo gli unici paganti del servizio, quindi non abbiamo bisogno di integrazione.

Quindi c'è monopolio in partenza?

Sì, esattamente.

Nella SdS esiste un servizio di monitoraggio di disabilità di vario genere sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce al fine della presa in carico in collaborazione anche con i servizi scolastici?

Infatti quando prima le dicevo che per i comuni la prossima frontiera era l'educativo... perché sulla frontiera socio-educativa ci sarebbe molto da ragionare... allora: con le scuole il rapporto sta migliorando nel tempo, cioè: premesso che le scuole mantengono una loro autoreferenzialità molto forte, nel tempo... anche grazie ad un formidabile investimento che alcuni comuni hanno fatto storicamente sul POS... hanno messo un sacco di risorse sui piani educativi, questo ha ammorbidito i rapporti, ha creato dei posti significativi con la scuola... anche se i POS erano su altre cose; e nel tempo, c'è stata un'implementazione di presa in carico di progettazione eccetera, fra servizi sociali e scuola. Servizi sociali, sanità e scuola - perché c'è la neuropsichiatra che è una molto brava - ci sono quindi, periodicamente, ma proprio con frequenza... vera, seriamente si fanno i gruppi di progetto sui singoli disabili inseriti a scuola, tra insegnanti, neuropsichiatri ed assistenti sociali, che progettano insieme tutte le risorse necessarie; naturalmente, il grosso problema che si sta affacciando - qui faccio una nota politica, se vuole, ma è sotto gli occhi di tutti - è che il sostegno scolastico che viene dal Ministero dell'Istruzione sta morendo, cioè siamo proprio agli sgoccioli, per cui la scuola si mette in una situazione per cui chiede a noi di vicariare quello che non gli dà più il Ministero dell'Istruzione, ci chiede anche di fare gli insegnanti di sostegno, tra un po' ci manca solo quello... ci chiederà pure i bidelli. Lo scenario è molto preoccupante, perché quando io ho ricevuto... all'inizio dell'anno io ho ricevuto la domanda di intensificare l'assistenza educativa che facevano a scuola, perché a loro ogni anno hanno gli tagliano le cattedre di sostegno... io gli ho detto: va beh, è una scelta vostra: potete anche mettere il doppio dei bambini in classe e mantenere il sostegno, fate voi quello che volete... purtroppo la realtà - è una provocazione ovviamente - è che i dirigenti scolastici sono disperati... quelli più sensibili sono disperati, non sanno più come fare.

La Fondazione effettua in modo sistematico un'attività di supervisione e controllo dello stato di abbandono di disabili? Sulla base delle risorse disponibili la Zona è in grado di offrire assistenza per l'emergenza di disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali (ad esempio vitto, alloggio, vestiario)?

Da questo punto di vista, devo dire che Franca Confortini, che è la nostra direttrice d'area, è stata per anni la coordinatrice della commissione handicap della AUsl... quindi c'è stata, c'è una continuità sostanziale fra chi prende in carico e chi eroga i servizi, che ha molto facilitato, di fatto i disabili sono tutti in carico... a meno che non ce ne sia qualcuno che ci sfugge, ma è rarissimo, voglio dire: essendoci una rete di servizi le intercettiamo tutte le famiglie.

Essendo il questionario uguale per tutta la Regione, si riferisce a realtà molto grandi dove può sfuggire, o perché la presa in carico non riesce ad esaurire la domanda, ...ci sono aree in cui non si riesce...

O ci sono aree in cui non c'è integrazione dei servizi sociali... magari dove gli assistenti sociali... siccome le competenze istituzionali sono distinte, il sociale e il sanitario... se non si parlano fra di loro... a Roma per esempio è un disastro...

È chiarissimo... o ci sono realtà molto urbane, dove la domanda non è soddisfatta, oppure perché sono molto periferiche e non c'è integrazione.

Esatto... nel nostro caso devo dire, questo non è un problema.

La zona prevede contributi al disabile e alla sua famiglia sotto forma di voucher o buoni? Se sì, di che tipo? La domanda viene soddisfatta completamente?

non ancora... no, eh, fa parte del ragionamento di prima.

Ne abbiamo già parlato, probabilmente, la si può ricondurre alla risposta data precedentemente? Quello che vale per gli anziani?

In più ci sono gli inserimenti socio-terapeutici: è una spesa abbastanza notevole... è una voce abbastanza notevole che ovviamente gli anziani non hanno, ma insomma la tipologia dei servizi socio-terapeutici è uguale... di servizio socio-terapeutico noi diamo un cachet al ragazzo e all'impresa ospitante, qualche volta anche all'impresa ospitante, diciamo, non sempre... se è pubblica no, se è privata qualche volta glielo paghiamo; però diamo soprattutto sostegno al reddito al disabile, quindi...

Un attimo me lo segno... questa è una voce rilevante economicamente...

Immagino di sì... anche perché quantitativamente ridotto, ma qualitativamente impegnativo. Sono tanti comunque non sono pochi, per le nostre dimensioni: siamo una zona piccolissima... sono tanti, ma fa parte della filiera: una cosa di cui sono orgoglioso... per qualsiasi tipo di potenzialità che hanno, con la loro autonomia, esiste un servizio mirato.

Ci sono gli inserimenti lavorativi.

Quanti sono?

Nove. E poi quelli in azienda: 54. In tutto sono 65... 63-65 inserimenti socio terapeutici, lavorativi-socio-terapeutico; poi ci sono quelli delle cooperative sociali che non stanno in questa statistica naturalmente.

La zona prevede servizi educativi per la prima infanzia (0-2 anni) (asili nido, nidi famiglia, micro-nidi)? Servizi educativi integrativi per la prima infanzia (0-2 anni) (centri diurni, ludoteche, etc.)?

Se sì, quali? Quali sono i requisiti per l'accesso? La domanda viene completamente soddisfatta? In

quali forme (pubbliche o in convenzione)?

Se la domanda è: la zd li prevede? No, se ci sono, previsti dai comuni, nella zd, la domanda... la risposta è sì, ma sono dei comuni... non sono delegati a noi come gestione, perché i servizi educativi – siccome adesso sono considerati servizi educativi e non servizi sociali – i servizi educativi non sono delegati.

Ma anche questo varia moltissimo...

Varia moltissimo e tra l'altro io più volte ho già detto ai comuni che sarebbe molto sano che loro ci affidassero la gestione dei nidi, perché è un servizio per la famiglia... che poi si chiami educativo... educativo è la metodologia, ma che è un servizio per la famiglia è chiaro, siccome noi invece stiamo coordinando le politiche per la famiglia, per i comuni, mi piacerebbe anche gestire i nidi. Per quanto riguarda quanti... allora: le do un'informazione, ovviamente non gestendoli noi, vado un po' più a spanne... però quello che mi dicevano i dirigenti dei comuni, soprattutto sono un po' più sicuro di Poggibonsi, degli altri un po' meno... loro erano già, grosso modo, mi sembra, sulla soglia di Lisbona... 23% mi sembra, una cosa del genere: la soglia degli obiettivi di Lisbona. Ma comunque non soddisfano tutta la domanda, perché questa è una zona dove lavorano sempre entrambi i genitori, quindi sicuramente la domanda è molto superiore... è superiore – molto superiore non posso dirlo – all'offerta: c'è lista d'attesa insomma. Quello che facciamo noi di zona, per questa fascia d'età – 0-2 anni no, non lo facciamo; lo facciamo per i 3-6 – per i 3-5 anni organizziamo l'attività estiva, per il mese di Luglio, finita la scuola materna, gestiamo tutta la presa in carico di cento bambini del Comune di Poggibonsi in questo caso.

Questi servizi immagino siano fatti con cooperative, in convenzione...

I nidi no, sono quasi tutti comunali, tranne uno che è convenzionato... il centro estivo lo gestiamo noi... lo so che è sorprendente, ma... è stato sorprendente anche per me, ma qui il livello diciamo... c'è una talmente forte identificazione della città col Comune... i comuni storicamente hanno la gestione diretta dei servizi, cosa che non ha eguali in Italia, penso, come statistiche, qui c'è una gestione diretta di residenze sanitarie assistenziali che io penso che nessun comune abbia mai gestito direttamente... qualcun'altro in Toscana... fuori dalla Toscana penso che sia una cosa ormai tramontata... e invece qui devo dire che c'è un uso... poi gestendo con la fondazione, è già una via di mezzo. Per decidere di appaltarne una c'è stata una mezza rivoluzione popolare, cioè su quattro ne abbiamo data una in appalto c'è stata una rivoluzione popolare diciamo, perché c'è proprio una forte identificazione con la gestione diretta.

Per quanto riguarda il periodo coperto dall'ultimo PIS, nella zona sono attualmente presenti servizi educativi e relazionali per minori (centri diurni, ludoteche, centri gioco e centri giovani, soggiorni estivi, etc.)? Se sì, quanti, di quale tipo e con quali risorse vengono alimentati?

Abbiamo a Poggibonsi una fortissima attività... proprio molto invasiva questa, che intercetta praticamente un migliaio di bambini: tutta una generazione di bambini fra i tre e i sei anni, tra i tre e gli otto anni, diciamo... che si configura con: un centro extrascolastico di aggregazione pomeridiana e dai cinquanta ai sessanta laboratori ogni anno, a scuola, di osservazione e creatività e prevenzione del disagio... sostanzialmente prevenzione del disagio. In collaborazione con le scuole. Poi abbiamo in convenzione col privato-sociale, con volontariato, associazionismo, cooperazione sociale, abbiamo diverse iniziative educative e aggregative a Poggibonsi, Colle val d'Elsa, San Gimignano... e poi organizziamo i soggiorni estivi. Prima le ho parlato della fascia 0-6, ma per i soggiorni estivi c'è una linea di programmazione per tutti i minori, fino a 16 anni, e questo anche in convenzione

con associazionismo e cooperazione sociale.

La SdS prevede attività di assistenza domiciliare finalizzata a famiglie con minori? La domanda viene completamente soddisfatta? In quali forme (pubbliche o in convenzione)?

Educativa per minori, tanta... ed anche qualche volta tutelare su situazioni di disagio particolare: neo-mamme, madri con bambini, insomma.

Con la solita modalità di prima... operatori?

Mista. E adesso andrà tutta in appalto. L'educativa per minori, adesso stiamo decidendo di internalizzarla, assumendo noi gli educatori per dargli qualità, maggiore qualità; non abbiamo ancora deciso.

La zona prevede il trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo? La domanda viene completamente soddisfatta?

Lo fanno i comuni, direi che la domanda è soddisfatta completamente, anzi c'è un... vedo fermate dappertutto... in Toscana... territorio dislocato... senza trasporto scolastico dovrebbero fare una scuola ogni borgo.

La zona dispone di consultori familiari? Se sì, per quali attività (counselling, assistenza psicologica, mediazione familiare)? Qui abbiamo cercato di mettere in questa domanda tutto, alle famiglie in difficoltà, a problematiche di tipo sanitario eccetera.

Cerco di rispondere in due parole, allora: ovviamente, c'era già il consultorio, che però come tutti i consultori, son finiti per essere dentro gli ospedali e divenire sanitarizzati - noi quindi abbiamo realizzato un Centro famiglie che inauguriamo il 28. E questo sta nel PIS, forse è una delle iniziative più notevoli che sta nel PIS: che vuole essere il luogo fisico di accoglienza di famiglie, e dove si baricentrano tutti i servizi per la famiglia non strettamente sanitari; quindi: la prima cosa è il Centro affidi, tutte promozioni dell'affidamento familiare, e Centro affidi; mediazione linguistico-culturale; home visiting; quindi... prevenzione del disagio a domicilio con interventi multiprofessionali. Coordina il servizio di zona, coordina e baricentra il servizio di zona: nulla di doppio: noi prendiamo i servizi ma li coordiniamo: questo è PIS, è proprio integrato. In questa chiave abbiamo fatto un protocollo con la psicologia, col responsabile del consultorio familiare, della AUsl, dell'ospedale, in cui noi sposteremo - sotto la supervisione della psicologia della AUsl - alcune attività di mediazione familiare e di psicologia, di presa in carico della psicologia, dentro al Centro famiglie, quindi c'è la stanza degli incontri protetti eccetera. Noi gestiamo anche il Centro pari opportunità, l'idea che anche questo Centro famiglie recuperi in maniera sistematica gli interventi di accoglienza sostegno e ascolto delle donne maltrattate, che è una cosa che funziona parecchio al Centro di ascolto ... tra le varie opportunità, come politica di sostegno alla famiglia. Naturalmente mantiene una sua fisionomia abbastanza particolare, ma insomma... facciamo assistenza giuridica, auto-aiuto... diverse cose per le donne... per contrasto alla violenza sulle donne.

La Fondazione organizza attività volte all'assistenza di donne e minori soggetti ad abuso, e di gestanti e madri sole in difficoltà (counselling e psicoterapia, telefono amico, segnalazione

all'autorità giudiziaria)?

Sul centro famiglie manterremo noi la direzione e l'operatività dei servizi, però, abbiamo creato un contenitore dove accreditare molte delle associazioni che si occupano di madri di famiglie, di minori ecc, e vorremmo che il lavoro avvenisse molto – soprattutto il sostegno familiare – avvenisse mandando avanti molto le associazioni. Quindi forte collaborazione con le associazioni, sia il centro pari opportunità, che il centro famiglie... abbiamo già delle associazioni che svolgono servizio...

Una curiosità: le adozioni rientrano in questo?

Le adozioni rientrano come scenario, poi hanno una procedura molto complicata.

Volevo sapere se anche questo era stato inserito.

Sì, sì.

Lei prima parlava di donne e minori soggetti ad abuso, si riferiva al Centro pari opportunità?

No, no, le donne, abusi sulle donne: è il centro pari opportunità. L'abuso sui minori lo gestisce esclusivamente il servizio sociale, perché c'è il tribunale di mezzo, è una procedura che è assolutamente... neanche i servizi sociali, ma proprio il direttore dei servizi sociali... che è la responsabile dei servizi e l'unica interlocutrice.

Vorremmo che il Centro famiglie lavorasse molto sulla prevenzione del disagio e quindi sulla prevenzione dell'abuso, sulle risorse sane, diciamo, della famiglia.

La Fondazione gestisce o sovvenziona comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità? Se sì, di quale tipo e con quali risorse?

È presente una cooperativa sociale di quelle con le quali siamo collegati che adesso ha attivato una struttura di accoglienza, a Radicondoli, per ragazze madri, madri in difficoltà eccetera, ma, per il momento, faremo la convenzione per attivare ricoveri di urgenza, ma non è sovvenzionata da noi.

Nel centro famiglie – però questo riusciremo a farlo nella versione definitiva, quindi tra qualche anno, tra due-tre anni – è previsto un appartamento d'emergenza, per esempio, di madri con bambini che devono essere allontanati, ma potrebbe essere anche uno sfratto esecutivo eccetera: madri con bambini in situazioni d'emergenza: ma non è ancora attivo, è nel progetto ma non siamo ancora riusciti a sistemarlo.”

Sulla base delle risorse disponibili la Fondazione è attualmente in grado di offrire assistenza primaria per l'emergenza economica della famiglia in stato di abbandono mediante interventi materiali (vitto, alloggio, vestiario)?

Questo lo trasformiamo in contributi economici, naturalmente... poi ci sono i contributi per la natalità, del bando del governo, sono soldi che gestiamo noi, comunque, come bando. Sostegno alla maternità, quindi rientra sempre negli strumenti di trasferimenti di trasferimento di reddito

Altrimenti vale quanto detto per gli anziani...

Esattamente.

La Fondazione favorisce l'integrazione degli stranieri extra comunitari mediante l'apprendimento della lingua italiana? Se sì, con quali e quanti strumenti? In particolare, esistono iniziative per favorire l'integrazione dei minori immigrati nell'ambiente scolastico?

Sì: qui abbiamo la mediazione linguistico-culturale, con le scuole... sia con risorse nostre, sia con risorse del centro per l'impiego per le scuole superiori, medie-superiori, e altre sono invece risorse dei comuni per le elementari, le materne... non sono tantissime e sono insufficienti rispetto alla domanda, però ce l'abbiamo insomma. Servirebbe di più, perché noi abbiamo una zona ad altissima immigrazione: abbiamo una popolazione immigrata che arriva al 12-13%.

Anche per gli adulti o solo per le scuole?

Il centro per l'impiego ci sono corsi non della Zona distretto... cioè: nella zona, ma organizzati dalla Provincia: la formazione professionale, i centri per l'impiego... lo fanno, questo lo fanno, ma non lo gestiamo noi.

Rispetto all'integrazione dei cittadini stranieri extra comunitari, la SdS favorisce la mediazione culturale attraverso una formazione specifica al proprio personale?

C'è stato un progetto significativo, che è appena terminato, che ha questa coda nel bando che le ho detto prima sulla casa – che però riguarda tutti, non solo gli immigrati, ma viene da quel progetto lì – c'è stato un progetto che ha cercato di mettere in rete tutti i servizi pubblici e privati della zona: tutti gli sportelli. Per dirle: gli URP dei comuni, i CAF, i patronati, le associazioni d'immigrati eccetera... per condividere... per mettere in rete i servizi e condividere linguaggio e cultura d'approccio. Sette percorsi di seminari formativi sull'immigrazione: non ha avuto enormi risultati. Non sono molto soddisfatto dei risultati: è stato gestito male, mi prendo tutta la responsabilità. Però l'idea era buona e qualche seme l'ha lasciato, comunque abbiamo messo attorno ad un tavolo tutti gli attori che si occupano d'immigrazione, e questo è stato già un fatto significativo. Va anche detto, che c'era l'Università di Siena che è attentissima. C'è una linea di ricerca molto forte sull'immigrazione in Val d'Elsa, che ha prodotto diverse ricerche, sia sull'immigrazione extra-comunitaria. Quindi c'è un'attenzione e una produzione documentale, di approfondimento di cultura.

Poi c'è il tema della moschea... qui c'è il problema trasversale a tutto quello che stiamo facendo: qui c'è un problema che si chiama: “Moschea a Colle”. Questo dà forma a tutto il ragionamento che sto facendo... inquina... aiuta, per certi versi: insomma: il dibattito è accentuato da questo tema della moschea, diciamo che è un detonatore.

La Fondazione svolge attività di mediazione nei confronti dei cittadini immigrati per accedere al mercato della locazione?

Il bando l'abbiamo fatto, con gli strumenti, contributi affitti, mediazione, sostegno prestiti agevolati... era nato nel progetto per l'integrazione... poi, per motivi vari, e anche di giustizia sociale, non si poteva limitare il bando per gli immigrati, per cui è stato fatto per tutti, ma l'80-90%

delle domande sono cittadini immigrati... eh, sì, stranieri e non. I problemi più grossi che abbiamo con l'immigrazione, noi, sono con gli immigrati italiani, non con gli stranieri.

Di seconda generazione?

No no... di nuova immigrazione, proprio, dal sud, un fenomeno proprio... un fenomeno d'immigrazione... c'è una nuova ondata negli ultimi dieci anni di immigrazione italiana, da un punto di vista culturale, crea più problemi d'integrazione... È un fenomeno che secondo me si sottovaluta un po': si parla molto di immigrazione extra-comunitaria, ma secondo me crea altri problemi.

Infatti, volevo dire che, a proposito di questi interventi sulla popolazione immigrata, anche in termini di comunicazione, ci siamo posti il problema di cambiare terminologie, quindi si parla in generale, nei bandi, di cittadini migranti, e in tutte le comunicazioni che vengono fatte, proprio perché è necessario recuperare proprio la parte del sud Italia.

Per il resto qui c'è una fortissima comunità africana e albanese, ma i rumeni stanno diventando una componente.

Nell'ambito dei consultori familiari, la zona prevede servizi specifici di consulenza e formazione dedicati agli immigrati a sostegno delle responsabilità familiari? Se sì, attraverso quali strumenti?

Sì... dicevo prima che la mediazione linguistica e culturale e quindi il sostegno alla famiglia, ha una linea specifica... è una linea specifica per madri, padri... abbiamo anche, in questo famoso bando... c'era anche una linea che riguardava la scuola, quindi borse di studio, per ragazze... per favorire gli studi soprattutto alle giovani donne immigrate... soprattutto alle scuole superiori, perché c'era da superare il fenomeno culturale per cui le ragazze non vengono mandate a scuola. Quindi abbiamo cercato di abbattere barriere culturali in questo senso, questo riguarda, per la verità per la maggior parte le immigrate straniere, mussulmane soprattutto... quindi abbiamo cercato di creare incentivi, come piccoli strumenti che puntavano ad abbattere barriere all'ingresso insomma, barriere all'integrazione.

La zona favorisce l'iscrizione sanitaria degli stranieri con permesso di soggiorno e la relativa fruizione di servizi sanitari? Se sì, attraverso quali strumenti?

Che ci sia una forte attenzione: sì, assolutamente, perché ne ho sentito parlare in conferenza dai sindaci, tante volte, è un tema... per quanto riguarda gli strumenti, che a me risulti, c'è stata anche una forte campagna in ospedale... sulla mediazione linguistica e culturale in ospedale... e penso che ci siano anche forme di prevenzione fatte anche dall'educazione alla salute. Direi che queste tre potrebbero essere, quindi: mediazione linguistica e culturale, fatta nel pronto soccorso in ospedale; programmi di educazione alla salute con linee specifiche con gli immigrati, informazione quindi... informazione/formazione; e c'è il reparto diciamo di ginecologia e maternità, che è particolarmente sensibile a questo tema, in collaborazione col Centro pari opportunità. Comunque questa è tutta roba sanitaria.

Non è in capo alla fondazione?

Sono prestazioni sanitarie. Abbiamo condiviso la convenzione con la stessa struttura, questo per evitare di andare ognuno per la propria strada... la convenzione è con la stessa struttura, però loro attivano risorse sanitarie per la mediazione in ospedale, noi attiviamo risorse sociali per la

mediazione... c'è un coordinamento, ma è un coordinamento... diciamo politico, ma le risorse sono separate.

La Fondazione promuove l'accesso ai servizi per soggetti immigrati? Quali per gli immigrati regolari e quali per quelli irregolari? Con quali modalità (sportelli integrati, accompagnamento individuale, campagne informative, progetti educativi, altro)?

È il progetto di prima: più o meno il progetto che le avevo detto prima aveva questo fine: quello di favorire l'accesso all'informazione quindi l'accesso ai servizi comunali e privati, tipo patronati, CAAF... sindacati...

... gli immigrati irregolari: accesso ai servizi: tranne quelli sanitari... quelli scolastici, forse... non mi viene in mente... devo dire qui, immigrazione clandestina... c'è n'è poca eh... forse... è più facile che ci sia nei grandi centri urbani l'immigrazione clandestina, ché qui... s'intercettano subito. C'è un controllo sociale molto più forte. Anche perché qui molta della domanda di lavoro passa per il centro per l'impiego.

La zona favorisce l'accesso ai servizi di cittadini extra comunitari in condizioni di marginalità che si dedicano alla prostituzione? Se sì, in che modo?

È un problema che non è molto controllato, e credo sia una caratteristica della provincia di Siena in generale... se ne parla molto poco, sui giornali c'è pochissimo accenno... non so, magari qualche dato più preciso l'avrebbero al Centro pari opportunità.. diciamo che è qualcosa di cui non si parla.

Nella zona esistono strutture volte a rispondere alle emergenze abitative di soggetti immigrati? Sono rivolte esclusivamente agli immigrati regolari, o anche a quelli irregolari?

No, non direi... noi si cerca di non avere strumenti specifici d'intervento per gli immigrati, ma di estendere e d'includere il più possibile gli immigrati nei servizi per il resto della popolazione, nella misura in cui hanno un bisogno... cioè di non discriminare il bisogno se viene dall'immigrato o no.

La Fondazione effettua monitoraggio e controllo dei cittadini stranieri senza fissa dimora?

No, monitoraggio dei senza fissa dimora... a parte qui non c'è il fenomeno: abbiamo alcune persone in carico ai servizi, due tre. Qui è una zona che, essendo stata tradizionalmente ricca e benestante, fino a sei mesi fa di grossi problemi non ce ne sono mai stati di forte marginalità; naturalmente aspettiamo l'ondata adesso perché... io stamattina mi sono fatto una passeggiata per Poggibonsi e stanno chiudendo tutti i negozi. Andiamo in un anno che sarà devastante... perché qui sono tutte imprese industriali e stanno chiudendo tutte.

Ripeto la stessa domanda che abbiamo fatto per handicap, famiglia e per anziani, sulle agevolazioni, quindi: sussidi per l'alloggio, posti per emergenze abitative, minimo vitale, prestiti, sussidi... se per i requisiti per l'accesso serve la residenza... e se c'è una domanda.

Vale quello che ho appena detto, cioè gli stessi servizi che vanno per loro vanno anche per gli immigrati, non c'è discriminazione da questo punto di vista; ci sono solo alcuni strumenti, però con

natura governativa – cioè con risorse che sono state trasferite dal governo, dallo Stato, per fare... - che sono riservate ai cittadini: allora in questo caso siamo costretti ad escludere i non cittadini... tutti i requisiti d'accesso... tutti i servizi che noi erogiamo, soprattutto quelli di natura economica, sono riservati ai cittadini residenti in Val d'Elsa, perché sono risorse comunali... con l'unica eccezione delle spese del biglietto del treno per le persone in transito... e gli paghiamo il biglietto del treno fino al posto di residenza. E, ovviamente i minori, ma i minori, dove sono... c'è una presenza... ce li dobbiamo prendere in carico, li pigliamo... ma, in generale, tutti i servizi di qualsiasi natura noi li erogiamo solo ai residenti... che siano immigrati o italiani quindi non cambia.

A: “ecco questa era l'ultima domanda...”

Ho capito che i rapporti con la AUsl sono molto buoni.

Sono integrati”

Ah, se sono integrati sono molto buoni...”

Sono abbastanza integrati; poi buoni... in questa fase storica...

7. Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

Sesto Fiorentino, 4 febbraio 2009

Prima Parte

Intervistato: Direttore SdS

È stato effettivamente realizzato il Punto Unico di Accesso (PUA)? È prevista nella SdS una sua specifica applicazione per gli ambiti qui analizzati (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati) in particolare?

La tendenza fondamentale è questa: la nostra società delle salute dall'inizio del 2008 ha assunto la gestione diretta dei servizi sociali, quindi i Comuni hanno fatto la seguente operazione: hanno ritirato la delega a chi ce l'aveva, hanno costituito la gestione associata dei servizi sociali e l'hanno affidata in forma diretta alla Società della Salute. Questo, come lei vedrà, è successo una cosa simile anche se non con la stessa dimensione o peso nel Mugello, anche se nel Mugello è un po' più leggero. Questa è la cosa che ci caratterizza di più a livello regionale, nel senso che qui lei ha di fronte una Società della Salute che gestisce, anticipando in qualche modo l'art. 71 bis della 40.

Cosa gestiamo? Noi gestiamo tutti i servizi socio – assistenziali che ci hanno dato i Comuni, in base alla delibera 57 che può scaricare dal sito. Quindi, per rispondere alla sua domanda, questa Società della Salute non solo si occupa di programmazione governo e controllo come dice l'attuale normativa, ma si occupa di anziani, minori, disabili in forma diretta, questa è la sostanziale differenza con le altre SDS.

Ma il PUA esiste? Questa è una premessa fondamentale.

Il Pua è il punto unico d'accesso zonale, noi gli abbiamo dato un taglio di coordinamento dei punti periferici, cioè in perfetta sintonia con la legge 66 del 18 dicembre. In realtà la legge 66, come lei sa, ha cancellato il PUA dalla normativa, secondo me è un errore e quest'errore è stato in parte riconosciuto dalla Regione, quindi i PUA rimangono e noi abbiamo quindi un PUA già costituito più di un anno fa nel 2007, l'abbiamo costituito ed è qui al piano di sotto. Sostanzialmente è, però, un punto unico di accesso non aperto al pubblico, ma ha un taglio più che altro di coordinamento di natura amministrativa, che coordina i veri punti di accesso che sono i nostri servizi sociali sul territorio dove trovano ovviamente spazio anche i punti insieme. Il Pua quindi cosa fa? Riceve per fax le segnalazioni di cui alla legge 66 dai punti insieme, istruisce le pratiche e crea gli ordini del giorno per le sedute del E' la cabina di regia, è il cruscotto vero sul fondo della efficienza soprattutto.

Questo lo fa per tutte le aree, per tutti i servizi sociali ovviamente?

No, il PUA è sugli anziani.

Ah è solo sugli anziani? Perché in altre SDS lo fa per tutte le aree, quindi davo per scontato.

Il PUA nasce con il fondo della non autosufficienza. Noi potremmo inventare uno strumento che si chiama lo stesso Pua e poi potrebbe svolgere... però è per gli anziani sostanzialmente.

Esistono interventi di edilizia sociale (quali alloggi individuali a canone agevolato) operati dalla SdS, a fianco delle altre autorità locali? Se sì, di che tipo? Quali sono i requisiti per l'accesso e i criteri di assegnazione? Ci sono domande in lista d'attesa? Quante risorse sono stanziare per

questi interventi?

No, non ce ne sono.

Esistono nel contesto della SdS strumenti di attività di mediazione per l'accesso al mercato della locazione per le diverse categorie di utenti (anziani, disabili, famiglie e minori, immigrati)?

Io sto parlando dei servizi che ci hanno delegato i Comuni nel sociale. C'è qualcosa, Comune per Comune su questo, però ora non le saprei dire precisamente quali Comuni assicurano questo servizio.

Quindi sono i Comuni che singolarmente hanno delegato la SDS, cioè non avete un incarico?

No, ma i Comuni ci hanno dato il sociale, ci hanno dato 58 persone e 16 milioni, proprio materialmente, per quello le dico c'è una forte differenza. Lei sentirà parlare di SDS che si occupano del sociale, in realtà se ne occupano dal punto di vista programmatico, noi ce ne occupiamo dal punto di vista pratico.

Nella SdS sono attivi servizi e attività di promozione della salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani? (Es.: ginnastica, corsi per stili sani di vita, centri diurni, manifestazioni, eventi, orti sociali, gite).

Noi seguiamo ad esempio i corsi di attività motoria per anziani, quelli di cui a quella normativa di cui ora non ricorda il numero, ma per intenderci alla attività LAMA progetto regionale. Ne abbiamo promosso l'organizzazione in diversi Comuni: Sesto, Lastra a Signa, Scandicci e poi abbiamo promosso tante altre iniziative su questi aspetti. Poi abbiamo anche i centri diurni.

Nella SdS sono attivi servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (cioè socio-sanitaria, integrata con i servizi sanitari). Quali sono i più rilevanti?

Noi abbiamo, se si parla di anziani, da fare una distinzione: l'assistenza domiciliare diretta, indiretta verso gli anziani viene articolata in attività finanziata propriamente dal fondo della...., più quella che normalmente si fa con i fondi che ci hanno dato i Comuni. Quindi diciamo che si sommano un po' le risorse che ci hanno dato.

C'è un protocollo specifico per i Comuni per un finanziamento oppure o avviene sulla base di una programmazione?

La cosa è finanziata dai Comuni come gestione associata nel senso che c'hanno dato i soldi. Per esempio, la Regione ci ha dato 1 milione e trecentomila che abbiamo gestito nel fondo per gli anziani del 2008 e sull'assistenza domiciliare abbiamo speso, guardando solo quella propriamente agli anziani, togliendo gli anziani portatori d'handicap, intorno ai trecento mila euro di assistenza domiciliare agli anziani diretta e indiretta cui si aggiungono altre risorse del bilancio della gestione associata, quindi c'è stato un forte impegno.

Qual è la situazione delle liste d'attesa?

No non ci sono liste d'attesa, perché con l'incremento che ha fatto la Regione su questo capitolo non ci sono più problemi

Esistono convenzioni col terzo settore? Di quale tipo?

Certo è fatta anche attraverso interventi di questo tipo. Non sono ora in grado di dirle quanto incide. Noi abbiamo le gare di assistenza domiciliare vinte da due o tre cooperative che ci fanno assistenza domiciliare. Si tratta di diverse decine di migliaia di euro annui. Più di centomila euro annui di

sicuro alle cooperative si danno.

Sappiamo che nella SdS sono attivi servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale. Sono anche attivi servizi di prossimità? Di che tipo?

Si sì, abbiamo una gamma enorme di servizi, c'è un po' di tutto. La gamma è enorme perché storicamente ogni Comune aveva sviluppato forme di assistenza le più variegate. Ci sono Comuni che davano agli anziani il contributo per i medicinali, a quell'altro il telesoccorso, ad un altro un'altra cosa. Diciamo che esistono diverse varietà.

Per i servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale in generale, la domanda viene soddisfatta completamente?

Sugli anziani devo dire che siamo abbastanza messi bene ora, sono arrivati questi soldi della Regione ora.

A fianco della costituzione dell'assistenza domiciliare integrata esiste all'interno della SDS una strategia di de istituzionalizzazione dalla residenzialità in direzione dell'assistenza domiciliare?

Tutto il fondo mira a favorire la domiciliarità, ora si sta cercando di invertire la tendenza. In proporzione, pur non avendo fatto i conti precisi, è diminuito in un certo modo il ricorso alla residenzialità rispetto ai progetti personalizzati, i famosi PAP per far stare l'anziano a domicilio. Si propone un progetto personalizzato, molto articolato, nel senso che ne fanno parte l'assistenza domiciliare, i contributi per la badante ecc. Tutto questo ventaglio di offerta, mira a mantenere l'anziano a domicilio ritardando il più possibile il ricovero.

Nella zona abbiamo tredici RSA ma poi la gente va dove vuole, nel senso che per esempio qualche mese fa Firenze buttò sul mercato molti anziani e ci hanno riempito tutte le RSA che erano qui. Cioè gli anziani nostri vanno in tutta la Regione, quindi le RSA che sono sul nostro territorio sono nostre fino ad un certo punto, nel senso che prevalentemente sono nostre.

Sono tutte in gestione diretta o sono convenzionate?

Sono tutte private, meno una. Qui nella zona, di proprietà comunale c'è solo Villa Solaria che ora è dell' SDS, poi c'era la Mimosa che era della AUsl, ma è stata venduta, quindi praticamente ne abbiamo solo una qui a sesto in gestione. Si è fatto ora la gara d'appalto per darla in gestione ad una cooperativa però è pubblica.

Quindi proprietà pubblica e gestione esternalizzata?

Ormai le gestioni dirette.... Noi avevamo la Mimosa ma di fatto non era conveniente

Quella di Scandicci è del Comune, quella non ancora aperta?

Quella è pubblica, materialmente hanno messo i soldi la AUsl e il Comune, stiamo decidendo ora come gestirla e quindi probabilmente anche li siamo sul modello di Villa Solaria. Poi ci sono anche delle vie intermedie, tipo l'Alfa Columbus di Lastra a Signa che è metà AUsl, metà Comune e metà privato, però possiamo considerarla quasi pubblica insomma.

Sono gestioni miste tra pubblico e pubblico. Sono tutte molto diverse le une dalle altre?

La maggioranza a parte queste due sono comunque private

Nelle residenze ci sono liste d'attesa?

Noi avevamo liste d'attesa fino a dicembre, poi con l'arrivo del fondo della non autosufficienza non

abbiamo più liste d'attesa

Quindi non era un problema di disponibilità ma di finanziamento?

Si fino ad un paio di mesi fa c'era un problema di risorse ora comincia ad esserci il problema di reperire il posto letto

Quindi ora siete alla saturazione mentre prima era sottodimensionato rispetto alla capacità? Quindi il problema dello smaltimento delle liste d'attesa ve lo dovete ancora porre... Esistono convenzioni col terzo settore? Per quali prestazioni?

E' tutto in convenzione

Sono attivi i servizi di mediazione per le famiglie nel reperimento di assistenza familiare? (badanti)

Noi come SDS abbiamo fatto un percorso di formazione per le badanti. Abbiamo formato 40 persone tra persone che vorrebbero iniziare questa attività e persone che già la esercitano. Poi ora in questo momento stiamo affidando la gestione della tenuta di questo albo, diciamo così, a soggetti del terzo settore.

Quindi c'è l'idea di creare un albo?

Quello che non possiamo fare noi, è bene che lo facciano le associazioni

Accanto a queste attività ci sono anche attività di sostegno alla famiglia e all'anziano, sia sotto il profilo di formazione o reti di aiuto per la cura agli anziani?

Si qualcosa c'è e ora noi stiamo orientandoci, in base alla legge, perché la legge parla di titoli per l'acquisto di servizi sempre per gli anziani. Noi pensavamo di fornire dei buoni, dei titoli alle famiglie che hanno anziani in casa con cui possano rivolgersi a soggetti del terzo settore o privati convenzionati accreditati e chiedere determinate prestazioni tra cui appunto l'assistente familiare o anche la formazione dell'assistente familiare. La nuova legge, la 66, prevede questo intervento.

Quindi si lascia discrezionalità in questo rapporto tra soggetto del terzo settore e la famiglia?

Un po' sì, ma anche esce fuori dall'UVM con indicazioni del tipo: guarda ti diamo un bonus di 500 euro ad esempio, con cui gli diamo un po' una ricetta di come spenderlo e dove spenderlo, cioè quali soggetti presso cui spenderlo.

Un indirizzo?

Certo l'UVM è quello che fa il progetto personalizzato quindi sa prima di tutto che cosa serve a quella persona.

Però l'associazione la sceglie la famiglia tra una lista di accreditate?

Eh sì, per ora non c'è questa cosa.

La SdS ha disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi offerti dai differenti soggetti organizzativi, ma in parte questo è assorbito ormai dal fatto che l'SDS s'è mangiato i.....insomma volte a fornire risposte unitarie e integrate agli anziani? Se sì, come sono fatte e se sono state stabilite delle prese in carico, se ci sono degli standard?

Noi, innanzitutto, abbiamo fatto un regolamento unico per l'accesso ai servizi di tutta la zona quando abbiamo fatto... poi ci sono dei protocolli per la presa in carico ecc. e riguardano quest'aspetto. Ora una regolamentazione più precisa sulla presa in carico dell'anziano propriamente

è di natura professionale, quindi ora io non saprei.

Quindi c'è una strategia di integrazione?

Si su questo il cuore di tutto è il UVm, cioè lì si cerca di integrare tutta la varietà degli interventi per quell'anziano, perché nel UVm c'è il geriatra, c'è il medico, c'è l'infermiere, c'è l'assistente speciale, quindi si cerca di dare una risposta integrata.

La SDS organizza assistenza primaria temporanea contro le emergenze per persone anziane in situazione di marginalità, per esempio vitto, alloggio e vestiario? Oltre a servizi continuativi, ci sono anche servizi di tipo sociale?

Si

E in quali forme organizzative, pubbliche o in convenzione?

La solita convenzione, direttamente non facciamo mai niente.

C'ha un bell'indotto quindi?

Ora diciamo questo però il confine tra servizio sociale propriamente detto e altri aspetti di welfare dei Comuni non è un confine molto netto. I comuni si sono riservati alcuni ambiti. All'inizio del 2008, ad esempio, i Comuni hanno detto: alla SDS diamo le seguenti competenze: minori, anziani, centri di socializzazione, immigrati, ecc ecc, ma non altre cose che si sono riservati. E per questi servizi ci hanno dato i soldi per gli altri invece no. Per esempio, sono rimasti ai Comuni il contributo per l'affitto, il contributo alla casa o altre cose non sono passate a noi come SDS.

Si sono tenuti quelli più discrezionali....

La Società organizza assistenza primaria continuativa sotto forma di centri d'accoglienza per rispondere ai bisogni, tipo Caritas?

Noi abbiamo convenzioni importanti in ogni caso. Per esempio su famiglie, minori, donne

L'SdS prevede contributi alla famiglia o all'anziano sotto forma di voucher o buoni?

Il concetto voucher anche se non è stato previsto dalla legge regionale, ad ogni modo questa sorta di bonus sono previsti dalla legge. Noi non li abbiamo ancora dati, abbiamo intenzione di darli, ma sono finalizzati a quegli interventi di cui parlavamo prima, cioè assistenza domiciliare ecc.

Quindi a tradurli in prestazioni?

Sì. Noi, però, diamo anche contributi diretti alla famiglia.

I sussidi per l'alloggio, altri sussidi e altre forme di agevolazione...

Abbiamo poi anche i prestiti d'onore. Non abbiamo, però, i sussidi per l'alloggio perché quelli sono discrezionali e molti comuni non li prevedono.

Invece sono previsti i contributi diretti alla famiglia?

Sì quelli sì. Ci sono dei parametri per stabilirli, sono una sorta di valutazione del bisogno, poi si fa il calcolo dell'ISEE e da qui viene fuori la cifra. Questi sono importanti anche quantitativamente. Solo il fondo sono 150000 euro l'anno, ma si spende almeno il doppio all'anno.

Esistono solo per gli anziani o sono previste anche per altre categorie questi contributi economici diretti?

Bisognerebbe fare qualche distinzione perché i Comuni si sono tratti le cose un po' più discrezionali, alcune robe comunque ce l'abbiamo diciamo un po' a macchia di leopardo: lo diamo all'handicap, lo diamo ai minori...

A proposito di area handicap, io ho una lista di servizi glieli elenco e lei mi dice più o meno se ci sono...

Su questa lista alcune cose gliele posso dire.

Centri diurni e attività estive fanno sicuramente parte delle competenze della SDS, abbiamo sei centri di socializzazione che gestiamo proprio noi. Cioè sono in capo alla SDS però vengono dati in appalto.

Attività di inserimento lavorativo se ne sono fatti più o meno due tre la settimana, diciamo un centinaio all'anno.

“Dopo di Noi”?

Abbiamo fatto un lavoro enorme propedeutico alla formazione di una fondazione, stiamo per costituire la fondazione “Dopo di Noi”. Ci metteranno tutti i Comuni della zona nord-ovest, che partecipano alla costituzione come soci fondatori insieme alla SDS. Si partirà con una cifra di circa un euro per abitante da parte dei Comuni, quindi 200000 euro circa da parte dei Comuni e 50000 euro da parte dell'SDS, però poi i Comuni ci metteranno gli alloggi, ecc. ecc.

Quindi la fondazione si traduce in un sistema organico di residente più di diverse residenze messe a disposizione dalle istituzioni comunali, a cui probabilmente si sommeranno anche contributi da parte di associazioni.

Se ho capito bene, si tratta di andare verso un'anticipazione ulteriore del “Dopo di Noi”, cioè verso la residenzialità attraverso l'inserimento ancora quando ci sono i genitori come in altre SDS?

Noi abbiamo fatto un regolamento in cui è stabilito che si potrà utilizzare anche l'istituto del trust e si potrà utilizzare soprattutto una grande discrezionalità nella stessa famiglia, cioè sarà la stessa famiglia a determinare tutte le modalità. La singola famiglia può dire: metto a disposizione di mio figlio finché campa lui questa casa; potrà dire: la fondazione ci potrà mettere anche un altro disabile, per esempio; potrà dire: quando muore anche mio figlio voglio che questa casa vada in donazione alla fondazione oppure no. Cioè, è discrezionale della singola famiglia. C'è totale libertà di segnare il percorso. Quindi la famiglia viene da noi, si decide con un contratto ben preciso quali sono i rapporti tra la fondazione e la famiglia.

Come noi, lo farà la sud-est, una cosa molto simile.

Quindi lo scopo dell'istituto fondazione è quello di avere un soggetto completamente autonomo che possa quindi avere contratti di diritto privato con le famiglie?

Cosa che non può fare il comune o le associazioni di volontariato. Ci vuole proprio una fondazione studiata con quelle caratteristiche che possa ricevere delazioni, possa firmare contratti direttamente, gestire ingresso ed uscita dei soggetti.

Esiste un'assistenza domiciliare, socio-assistenziale specifica per disabili?

Sì, noi abbiamo assistenti sociali che si occupano di disabilità.

Quindi esiste un'assistenza domiciliare specifica che prevede alcune prestazioni? E la domanda è

soddisfatta integralmente

Più o meno, direi di sì.

Immagino ci siano convenzioni col terzo settore soprattutto in appalto?

Sì, perché direttamente purtroppo....

La SdS promuove attività di rimozione delle barriere architettoniche per i disabili relativamente all'abitazione o alla mobilità individuale del medesimo? Quante risorse vengono destinate a questo scopo, per quanti e quali interventi?

Questa è una delle prime cose che abbiamo preso in gestione associata. Noi abbiamo unificato la commissione unica per l'abbattimento delle barriere architettoniche (legge 13), che si riunisce qui per tutti i Comuni. Quindi abbiamo unificato sostanzialmente la procedura. Poi, noi istruiamo la pratica e poi il compito è della Regione e le opere vengono realizzate dall'ufficio beni e servizi dei Comuni. L'intervento materialmente lo fa l'edilizia dl Comune e il fondo della Regione.

La SdS svolge: attività di informazione (anche finalizzata alla prevenzione) per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicata ai problemi della disabilità anche mediante campagne educative rivolte agli interessati e alle loro famiglie?

Informazione a livello di colloquio della famiglia con il professionista, assolutamente sì. Questi gli espone tutti i rischi e le possibilità di questo progetto

Sappiamo che nell'assetto dei servizi erogati dalla SdS esistono servizi residenziali per disabili. In quali forme (pubbliche o in convenzione) vengono erogati? La domanda viene completamente soddisfatta? Qual è la capacità di smaltimento delle liste di attesa?

Sicuramente c'è già qualcosa. In effetti la fondazione ora non c'è, ma verrà. Noi stiamo aspettando, perché abbiamo fatto la delibera, l'atto costitutivo, il regolamento, ma deve essere approvata da tutti i consigli comunali.

Sono presenti all'interno della SdS servizi dedicati di trasporto per disabili per accedere ai servizi sociali (accompagnamento individualizzato)? C'è una strategia di riduzione delle barriere architettoniche per l'accesso ai servizi?

I servizi ci sono e sono in appalto. La cosa è molto onerosa finanziariamente per la SDS, ma il problema è anche che c'è una differenza incomprensibile, cioè se, ad esempio a Scandicci si è incaricata l'Humanitas di fare il trasporto handicap e prende da contratto 4 euro a Km, capita che al comune accanto sia 6 euro a Km. Questo evidenzia delle discrepanze, c'è qualcosa che non si capisce. Noi stiamo cercando un po' di uniformare perché non è possibile fornire dei servizi pubblici con criteri così diversi

La SdS prevede:

- *servizi educativi per la prima infanzia (0-2 anni) (asili nido, nidi famiglia, micro-nidi)?*
- *servizi educativi integrativi per la prima infanzia (0-2 anni) (centri diurni, ludoteche, etc.)*

Se sì, quali? Quali sono i requisiti per l'accesso? La domanda viene completamente soddisfatta? In quali forme (pubbliche o in convenzione)?

No questi servizi sono ancora in capo ai comuni

Per quanto riguarda il periodo coperto dall'ultimo PIS, nella SdS sono attualmente presenti servizi educativi e relazionali per minori (centri diurni, ludoteche, centri gioco e centri giovani, soggiorni

estivi, etc.)? Se sì, quanti, di quale tipo e con quali risorse vengono alimentati?

Credo ci sia qualcosa

La SdS prevede attività di assistenza domiciliare finalizzata a famiglie con minori? La domanda viene completamente soddisfatta? In quali forme (pubbliche o in convenzione)?

Si, ma bisogna sentire un tecnico sulla questione

La SdS prevede il trasporto scolastico per le scuole dell'obbligo? La domanda viene completamente soddisfatta?

No questo no, sappiamo per certo che non c'è

La SdS dispone di consultori familiari? Se sì, per quali attività (counselling, assistenza psicologica, mediazione familiare)?

Lo fa la AUsl, perché la SDS si occupa di tutte le materie socio sanitarie da un punto di vista di programmazione e alcune le gestisce direttamente. Quindi la risposta è sì, nel senso che i consultori ricadono sotto la competenza come programmazione della SDS. In effetti, sono i vecchi consultori rivisti e corretti. In generale i consultori non stanno andando bene, si sono molto indeboliti ultimamente però ci stiamo rimettendo le mani sulla base di questo nuovo progetto regionale sperando che un po' meglio vadano in futuro. Ad ogni modo le attività che fanno sono attività tradizionali.

La SdS organizza attività volte all'assistenza di donne e minori soggetti ad abuso, e di gestanti e madri sole in difficoltà (counselling e psicoterapia, telefono amico, segnalazione all'autorità giudiziaria)?

Noi abbiamo una convenzione con un'associazione di volontariato per assistenza alle donne, che tra l'altro funziona molto bene. L'avevamo in un Comune solo e quando abbiamo fatto le gestioni associate ci siamo accorti che era un buon progetto e l'abbiamo esteso a tutti i Comuni.

La SdS gestisce o sovvenziona comunità protette per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità? Se sì, di quale tipo e con quali risorse?

Abbiamo delle convenzioni con delle associazioni. Sui contributi sarebbe meglio sentire un tecnico

La SdS predispone assistenza ai minori in difficoltà attraverso la costituzione di case famiglia per l'accoglienza temporanea?

Si abbiamo due o tre case sparse sul territorio

La SdS favorisce l'integrazione degli stranieri extra comunitari mediante l'apprendimento della lingua italiana? Se sì, con quali e quanti strumenti? In particolare, esistono iniziative per favorire l'integrazione dei minori immigrati nell'ambiente scolastico?

Direttamente no. Noi abbiamo un grosso centro che non è nemmeno di ambito zonale, ma addirittura di ambito aziendale (AUsl), dove si fa una forte attività di integrazione, ci sono i mediatori culturali, però noi direttamente non facciamo niente, soprattutto sul versante scolastico.

Rispetto all'integrazione dei cittadini stranieri extra comunitari, la SdS favorisce la mediazione culturale attraverso una formazione specifica al proprio personale?

Lo facciamo, ma soprattutto in alcuni presidi, là dove c'è maggiore affluenza tipo Campi, Signa.

Poi abbiamo un servizio di mediazione anche telefonica rispetto ad altre realtà. Stiamo costituendo come AUsl un ufficio immigrati, che potrebbe accogliere gli immigrati con problemi complessi, cioè si pensava di dedicare un ufficio ad hoc per tutto l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati. Non so se è una buona idea o no ma si è pensato di farlo.

La SdS svolge attività di mediazione nei confronti dei cittadini immigrati per accedere al mercato della locazione?

No.

Nell'ambito dei consultori familiari, la SdS prevede servizi specifici di consulenza e formazione dedicati agli immigrati a sostegno delle responsabilità familiari? Se sì, attraverso quali strumenti?

No

La SdS favorisce l'iscrizione sanitaria degli stranieri con permesso di soggiorno e la relativa fruizione di servizi sanitari? Se sì, attraverso quali strumenti?

I diversi servizi sanitari possono avvalersi del personale in caso di necessità, ma non è che esistano in tutti i servizi sanitari cose particolari. Cioè, ad esempio, se domattina viene un arabo che ha un problema, noi possiamo telefonare all'AUsl e chiedere se ci possono mandare un operatore o dare assistenza. Si chiede dove c'è necessità al momento.

La SdS promuove l'accesso ai servizi per soggetti immigrati? Quali per gli immigrati regolari e quali per quelli irregolari? Con quali modalità (sportelli integrati, accompagnamento individuale, campagne informative, progetti educativi, altro)?

Ora non è che c'è una cosa ad hoc, si pensava, come detto prima, di fare un ufficio immigrati di zona per favorire questo. Lo dico con un po' di dubbio, perché non siamo perfettamente convinti, nel senso che c'è sempre una doppia lettura: da una parte sarebbe meglio che tutti gli uffici, tutti i presidi, tutti i distretti fossero in condizioni di favorire questo, dall'altra parte un ufficio che si specializza lavora meglio. In pratica come fai, fai male.

L'ufficio comunque non appesantisce il lavoro degli altri. D'altra parte abbiamo davanti l'esperienza cinese: i cinesi esprimono bisogni molto diversi, molto particolari. Con la comunità cinese abbiamo problemi che non abbiamo con altre etnie, loro non si curano da un medico, hanno la loro medicina cinese e poi ogni tanto sono piegati in due dalle coliche e vanno in farmacia, per esempio. Questo è un problema, quindi è per quello che stiamo cercando di fare un laboratorio ad hoc a Campi per medicina cinese per cercare un po' d'aiutare e di spiegare anche quali sono i loro diritti, cioè spiegare che loro possono curarsi gratis nel sistema sanitario pubblico. Però con l'etnia cinese, ci troviamo di fronte una comunità molto chiusa.

La SdS favorisce l'accesso ai servizi di cittadini extra comunitari in condizioni di marginalità che si dedicano alla prostituzione? Se sì, in che modo?

Noi abbiamo dei progetti in generale sulla prostituzione non solo relativa agli immigrati. Abbiamo dei progetti che cercano di seguire le ragazze, cercano di capire se ci possono essere problemi, insomma ci sono progetti di aiuto in questo senso.

Nella SdS esistono strutture volte a rispondere alle emergenze abitative di soggetti immigrati? Sono rivolte esclusivamente agli immigrati regolari, o anche a quelli irregolari?

No, le esigenze abitative no

La SdS effettua monitoraggio e controllo dei cittadini stranieri senza fissa dimora?

No

Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS prevede per gli immigrati alcuni fra i seguenti interventi (e quali)?

- *sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative*
- *minimo vitale*
- *prestiti*
- *altri sussidi e agevolazioni (specificare)*

Quali sono i requisiti per l'accesso? Serve la residenza? Ci sono domande in lista d'attesa?

Quante risorse sono stanziare per questi interventi?

Qualcosa sui prestiti d'onore c'era già, però non ricordo se questa era rimasta in capo alle singole amministrazioni o no.

Seconda Parte

Intervistato: Responsabile Servizi Sociali

Per quanto riguarda la disabilità... Nella SdS sono presenti:

- *servizi e attività di promozione della salute fisica dei disabili?*
- *servizi e attività di promozione della salute psicologica e relazionale dei disabili (ad esempio centri diurni, manifestazioni ed eventi, gite, soggiorni estivi)?*
- *servizi riabilitativi individualizzati per i disabili (ad esempio, musicoterapia, ippoterapia)?*

Per quanto riguarda la promozione dell'attività motoria noi abbiamo diversi progetti. La nostra attività è strutturata così: l'attività ordinaria, cioè quelli che sono i servizi classici tipo l'assistenza educativa, l'assistenza domiciliare per quanto riguarda i disabili ci sono varie attività di inserimento in progetti di centri di specializzazione o altri tipi di centri ecc. poi ci sono tutta una serie di progetti più specifici che gravitano intorno all'area della disabilità e che sono progetti di vario tipo tra cui ce ne sono alcuni che hanno a che vedere anche con l'attività motoria, in particolare abbiamo sperimentato già da un paio d'anni il progetto sul Comune di Lastra a Signa dove c'è un'associazione che si è occupata di promuovere questo progetto proprio sull'attività motoria che non è un'attività di tipo terapeutico, è un modo di lavorare sul proprio corpo utilizzando questa attività sia per la socializzazione, sia per la condivisione degli spazi e poi ovviamente anche per l'attività fisica. Questo è un progetto che è piaciuto, l'abbiamo finanziato e lo scopo sarebbe quello di far ritrovare l'utente non solo a fare attività motoria, ma piuttosto a fare attività ludico – motoria., che hanno a che vedere con il teatro, per esempio. Sono tutti progetti che poi ogni Comune ha sviluppato a seconda di quello che viene richiesto dal territorio. Anche gli aspetti relazionali e psicologici. I centri diurni ci sono su tutta la zona, ovviamente poi ci sono quei progetti che vanno a coprire quella fascia di ragazzi che escono dalla scuola e che non sarebbero neanche in linea con l'utenza del centro diurno. Il ragazzo che esce dalla scuola a 16/17 anni è difficile da inserire in un centro di specializzazione per questo abbiamo trovato come delle soluzioni ponte, cioè sono stati inseriti in alcuni progetti che per esempio si chiamano "Oltre la scuola", cioè finisce la scuola e si va verso questo progetto che si chiama "Oltre la scuola" che invece ha la modalità del centro diurno, cioè dalla mattina alla sera, magari fa delle ore pomeridiane sempre nei locali presso la scuole in modo da dare la possibilità a questi ragazzi di continuare a frequentare un ambiente a loro conosciuto, usando degli spazi a loro familiari e quindi facendo tutta una serie di laboratori, attività,

ecc. che sono finalizzati anche allo sviluppo di capacità residue, alla valorizzazione delle capacità che questi hanno. E da questi progetti poi vengono inseriti in altri per arrivare, per esempio, all'inserimento lavorativo in laboratori specifici. Abbiamo tantissimi progetti di questo tipo, ogni Comune l'ha chiamato in maniera diversa, ci sono varie associazioni che partecipano a vario titolo, alcuni cercano di sfruttare tutte quelle che sono le risorse del territorio, quindi presso locali, presso strutture territoriali, in modo che il disabile continui a mantenere l'ambiente cioè continui a frequentare luoghi che ha sempre frequentato.

La SdS svolge attività di informazione (anche finalizzata alla prevenzione) per l'accesso ai servizi esplicitamente dedicata ai problemi della disabilità anche mediante campagne educative rivolte agli interessati e alle loro famiglie? Servizi di assistenza, consulenza o formazione per le famiglie dei disabili o per i care giver, anche mediante l'attivazione di reti di Auto Mutuo Aiuto (AMA)?

Se sì, di che tipo? Come funzionano?

Sì, sicuramente sì. Noi abbiamo alcune associazioni sempre sul territorio che prevalentemente sono associazioni nate da situazioni di disabilità, quindi genitori di disabili che hanno fondato queste associazioni. Accanto a queste associazioni ci sono dei servizi di informazione e di consulenza per quello che riguarda tutti i percorsi relativi all'handicap, quindi noi abbiamo sia presso i nostri servizi è presente un assistente sociale, quindi nel momento in cui il disabile arriva ai servizi e quindi viene preso in carica dal servizio sociale, questo gli fornisce tutte le informazioni che sono necessarie per muoversi all'interno dei vari percorsi, quindi per ottenere gli ausili, per essere inserito nei progetti, quindi si individuano quei progetti individualizzati che lo indirizzano lungo le vie di servizio, diciamo, conformi alle esigenze della persona. In più, c'è questa collaborazione forte tra territorio ed alcune associazioni che forniscono anche loro questo genere di servizi evidentemente per i loro associati però anche in generale. Quindi se una persona viene mandata presso una di queste associazioni, qui il disabile è in grado di avere consulenze professionali. Tra l'altro all'interno di un progetto che noi abbiamo fatto con loro, questi danno delle possibilità ai disabili di sperimentare delle modalità di vita indipendente e sono delle situazioni ovviamente individuate le persone che possono fare questi percorsi. I più gravi e meno gravi, a seconda, vengono assegnate delle case e in queste case sperimentano percorsi di vita indipendente. Poi ci sono altri progetti, uno specifico sull'Auto Mutuo Aiuto che è nato da una fondazione che sono diversi anni che fa tutta una serie di incontri con le famiglie dei disabili e con i disabili stessi su varie problematiche, prevalentemente sulla consulenza ai percorsi della disabilità, quindi anche i percorsi per gli amministratori di sostegno e i gruppi sono partiti in alcuni comuni e poi si sono estesi a tutta la zona comprendono un bel numero di famiglie. Noi abbiamo un rapporto ormai di 4 – 5 anni con questa fondazione e attraverso questa abbiamo anche dato tutte quelle informazioni necessarie, abbiamo avviato una specie di concertazione con queste famiglie per arrivare alla costituzione della statuto della fondazione POLIS che è la fondazione proprio per il "Dopo di noi". Quindi per arrivare a stipulare lo statuto e tutte le varie forme all'interno dello statuto c'è stata una collaborazione con questa associazione e quindi confronto con le famiglie, raccolta di tutti i dubbi e i problemi che avevano le famiglie che potevano emergere dalla prospettiva del lasciare il disabile in una situazione incerta, volendogli dare la possibilità di vivere il resto della propria vita tranquillo.

Sappiamo che nell'assetto dei servizi erogati dalla SdS esistono servizi residenziali per disabili. In quali forme (pubbliche o in convenzione) vengono erogati?

C'è qualche cosa, però prevalentemente ci sono questi progetti, perché nel momento in cui si arriva alla residenza per il disabile, io penso sia da considerarla una sconfitta. Attraverso questa associazione che ha queste case per la sperimentazione di vita indipendente, siccome loro hanno una serie di percorsi, ad esempio per disabili che frequentano i centri di socializzazione o l'ambito lavorativo, appena finisce l'orario del centro o l'orario lavorativo, rientra in questa casa dove vive con altre tre o quattro persone. Ci sono persone che l'hanno presa come una modalità abitativa, cioè

ci vivono quasi in strutture così, altri invece è difficile inserirli perché è difficile arrivare al distacco dalla famiglia, è il disabile che ha difficoltà a staccarsi dalla famiglia, ma è anche la famiglia che ha difficoltà a lasciarlo andare. Quindi vengono fatti, magari, dei percorsi molto lunghi, tipo un anno, un anno e mezzo, in cui si comincia da un giorno, poi si arriva a tre o quattro giorni, poi si riesce a passare una notte ogni mese.

La SdS ha disposto strategie di integrazione e coordinamento della presa in carico e dei servizi erogati dai diversi soggetti organizzativi della medesima volti a fornire risposte unitarie e integrate ai disabili? Se sì, quali e cosa prevedono? A fronte di una domanda, quali sono i tempi di presa in carico?

Sicuramente sì, perché da quando la SDS ha ripreso....perché prima dell'avvento della SDS si avevano i Comuni che gestivano le attività speciali, mentre alcuni di questi servizi erano delegati all'AUSl e la disabilità, per tutti i Comuni, era delegata all'AUSl, però solo la parte convenzionale era delegata all'AUSl, ma la parte amministrativa ed economica continuavano a gestirla i Comuni, per cui era una situazione abbastanza complessa. Il merito nostro è stato quello di rimettere insieme tutte queste cose attraverso la gestione integrata dei servizi, per cui ci sta anche la disabilità, insieme a tutti gli altri. Questo è il primo passo verso l'integrazione insieme a tutti gli altri servizi e soprattutto a prendere in esame la persona e a prenderla in carico con tutti i suoi bisogni, perché è chiaro che se si chiede una sorta di assistenza domiciliare deve essere la stessa dell'anziano, solo che magari il disabile ha bisogno di assistenza domiciliare la mattina per prepararsi per andare al centro di socializzazione, ma il canale è lo stesso.

Nella SdS esiste un servizio di monitoraggio di disabilità di vario genere sulla popolazione finalizzata alla diagnosi precoce al fine della presa in carico in collaborazione anche con i servizi scolastici?

C'è un rapporto con le scuole, ma non si può dire che sia proprio un servizio di diagnosi precoce. Quello che c'è è sicuramente un rapporto dei servizi con le scuole per cui gli assistenti sociali o quelli che si occupano di minori sono in contatto con le scuole e si occupano di tutte le problematiche che emergono e che vengono alla SDS dalla scuola. Poi siamo sicuramente in contatto con un neuro psichiatra, perché poi viene avviata tutta una serie di richieste per capire anche se c'è bisogno di un sostegno scolastico, ecc.

La SdS effettua in modo sistematico un'attività di supervisione e controllo dello stato di abbandono di disabili? Sulla base delle risorse disponibili la SdS è in grado di offrire assistenza per l'emergenza di disabili in stato di abbandono mediante interventi materiali (ad esempio vitto, alloggio, vestiario)?

Si ci sono tutti i servizi di pronta accoglienza o di emergenza. Per quanto riguarda le persone adulte e in stato di abbandono, non solo italiane, ma tutti quelli che si trovano sul territorio, c'è. Noi abbiamo un centro specifico per l'immigrazione che è a Calenzano, poi abbiamo convenzioni di pronta accoglienza con la Caritas sia per uomini che per donne anche con bambini. Per quanto riguarda la salute mentale, abbiamo delle convenzioni con delle soluzioni abitative di emergenza. Per quanto riguarda i disabili, ci sono, attraverso le varie strutture che ci sono sul territorio, sempre queste case del CUI che funzionano anche come urgenze, cioè loro hanno come finalità anche questa. Questo vale anche per i senza fissa dimora. Poi abbiamo anche la pronta accoglienza, sempre con la stipula di convenzioni anche se alcuni sono andati proprio a gara, tipo quelle dei minori per cui abbiamo fatto una gara due anni fa. Questo vale in linea di massima anche per gli immigrati regolari e irregolari.

La casa di Calenzano per donne è proprio gestita dal Comune, poi abbiamo un'altra casa per donne a Scandicci, dove ci sono donne immigrate e non che è gestita attraverso una convenzione. Poi un'altra convenzione che stiamo facendo ora è per le emergenze abitative degli adulti che si trovano

in situazioni non sistemabili in altro modo, perché ovviamente essendo il territorio molto grande, nonostante la presenza di “S. Martino” e “S. Clara”, che hanno alcuni centri di accoglienza, però queste hanno degli orari ovviamente di entrata e di uscita e magari ci sono altre situazioni magari dall’altra parte della piana per cui stiamo facendo questa convenzione. Poi anche queste case del CUI erano progetti non erano convenzioni ora stiamo cercando di vedere se è possibile convenzionarsi proprio, quindi trasformare quello che era un progetto sperimentale in una cosa un po’ più strutturata.

La SdS prevede contributi al disabile e alla sua famiglia sotto forma voucher o buoni? Se sì, di che tipo? La domanda viene soddisfatta completamente?

Nel quadro della vigente normativa regionale, la SdS prevede per i disabili alcuni fra i seguenti interventi (sussidi per l'alloggio e in risposta a emergenze abitative; minimo vitale; prestiti; altri sussidi e agevolazioni)? Quali?

Sì, questa cosa qui sì. La questione è unica, che sia immigrato, che sia famiglia con minore, che sia adulto o che sia disabile nel momento in cui si valuta che sia al di sotto della soglia di povertà il contributo è ammissibile nel senso che viene fatta una valutazione sia sociale che economica e poi si fa una valutazione di quella che potrebbe essere l’entità di reintegro del reddito. Esistono poi dei contributi che vengono dati ai disabili per l’indipendenza, cioè gli si dà un contributo perché mantengano il tenore di vita che hanno. Ovviamente questo è un discorso più difficile, perché a volte c’è bisogno di cifre veramente alte, a meno che non siano quelli che provengono dai contributi regionali.

Voucher no, nel senso che non abbiamo proprio dei voucher, ma abbiamo, per esempio per quello che riguarda i minori, una convenzione con le farmacie, per esempio, che invece di dargli un buono di cento euro, gli veniva dato un buono ticket o un buono servizi farmaceutici. Oppure siccome tutti i nostri comuni sono convenzionati per quanto riguarda le mense e allora questo servizio di mensa è esteso anche a quelle situazioni in cui c’è un disagio per cui gli viene fornito il pasto. Oppure in alcuni casi abbiamo fornito dei ticket restaurant perché magari c’erano situazioni che con questo tipo di intervento avrebbero potuto migliorare.

La cosa del prestito d’onore è una cosa che era stata iniziata un po’ di anni fa perché c’era un progetto regionale sul prestito d’onore però poi non è andata avanti.

Per quanto riguarda il periodo coperto dall'ultimo PIS, nella SdS sono attualmente presenti servizi educativi e relazionali per minori (centri diurni, ludoteche, centri gioco e centri giovani, soggiorni estivi, etc.)? Se sì, quanti, di quale tipo e con quali risorse vengono alimentati?

C’è tutto. I soggiorni estivi ci sono e sono in convenzione sia per le scuole materne, per le primarie e per la scuola media. Laboratori e altre cose ci sono dappertutto, soprattutto si interviene in situazioni di disagio o di recupero scolastico.

Questo vale anche per l'assistenza domiciliare della famiglia di tipo pedagogico?

Sì, c’è un’assistenza domiciliare specifica per minori e famiglie, infatti bisognerà rifare la gara sia per l’assistenza domiciliare che educativa.

In questo si potrebbero includere anche gli incontri neutri, cioè quei tipi di incontri genitori figli in caso di separazione, perché abbiamo anche questo servizio. Non è il consultorio che lo fa, ma c’è proprio un servizio apposito.

Quindi la cosiddetta mediazione familiare?

Anche la mediazione familiare, che noi abbiamo a diversi livelli, cioè c'è il servizio mediazione familiare che è quello della AUsl e poi ci sono alcuni progetti specifici che hanno anche questo percorso della mediazione familiare. Ci sono anche corsi per genitori.

Prima del '96 tutta l'attività era delegata alla AUsl, poi dal '96 i due Comuni più grossi Scandicci e Sesto, hanno ripreso le deleghe su tutto meno l'handicap. Gli altri Comuni poi le hanno via via riprese a macchia di leopardo, chi ha ripreso solo i minori, chi anche gli anziani. Poi erano rimasti solo i tre Comuni più piccole, quindi Vaglia, Fiesole e Signa che invece continuavano ad averle delegate alla AUsl.

La SdS gestisce e convenziona comunità protette, tipo case segrete per madri e gestanti finalizzate al sostegno della natalità e della maternità?

Si, abbiamo anche il progetto della casa segreta e poi abbiamo anche una convenzione con Artemisia, per tutte quelle che sono le problematiche di violenza, abuso. E abbiamo anche la convenzione per le case a indirizzo segreto.

Ci sono anche assegni per la natalità, contribuzioni?

Si, c'è l'assegno di natalità previsto dall'INPS e c'è anche all'interno del piano di zona nostro una parte di fondi che vengono destinati ad un progetto natalità che va a favore di famiglie con bambini da zero a tre anni, al cui interno ci sta lo stesso pagamento del contributo per la natalità per chi non ne avrebbe diritto perché è straniero e perché non rientra in quei parametri, poi qualcuno ci ha finanziato i buoni farmaceutici, oppure sono proprio contributi specifici a sostegno del reddito di famiglie che hanno queste caratteristiche.

Noi sull'immigrazione abbiamo lavorato molto

Il direttore mi ha spiegato del "Fior di prugna" e della mediazione culturale...

Si, poi per esempio, ci stanno tutti i progetti per l'inserimento scolastico dei bambini stranieri.

C'è attività di insegnamento della lingua italiana? Se si, con quali strumenti?

C'è appunto l'inserimento scolastico dei bambini stranieri che è una cosa che noi abbiamo dato da gestire alla conferenza dei sindaci della pubblica istruzione.

L'integrazione degli extracomunitari mediante la mediazione culturale e la formazione al proprio personale?

Qui c'era anche un progetto di zona, sulla mediazione culturale, che però vista la difficoltà di gestirlo a livello di zona, ogni Comune se l'è gestito in proprio per cui c'erano alcuni Comuni che non c'avevano investito quasi niente perché non ne avevano bisogno, nel senso che via via quando c'era bisogno del mediatore culturale o dell'interprete si rivolgevano a chi lo faceva. A Cambi, ad esempio c'avevano investito di più perché avevano più problemi di altri.

La mediazione per i cittadini immigrati per accedere al mercato della locazione?

Qui avevamo anche il progetto "Sinapsi", che è un progetto, finanziato con fondi del Ministero per la solidarietà e politiche sociali, che è stato riqualificato, perché era arrivato diversi anni fa e all'inizio sembrava che dovesse andare solo sull'esigenza abitativa, invece poi sono state fatte una serie di attività all'interno di questo progetto che abbiamo fatto in coordinamento con la Sud-est, però credo che Pontassieve facesse da capofila per la Sud-est, mentre Scandicci faceva da capofila per la nord-ovest. Si era partiti con un progetto dove dentro c'era il prestito d'onore attraverso una

convenzione con banca etica, poi c'erano degli sportelli informativi per il lavoro, in particolare lo sportello donna proprio per cercare di riqualificare il lavoro, poi c'era anche tutto quello che riguardava l'esigenza abitativa. Il progetto "Sinapsi" non è stato rifinanziato dal Ministero e noi avevamo chiesto alla Regione, siccome era un progetto triennale ed era stato finanziato solo per due anni, se il terzo anno ci sarebbe stato finanziato. La Regione ci rispose che se non fossero arrivati i soldi li avrebbero messi loro. Noi della SDS per non chiudere abbiamo alimentato il fondo. Per ora dalla Regione non è arrivato niente, perché con i fondi che abbiamo a disposizione non ce la facciamo.

8. Zona distretto Pistoiese

Pistoia, 5 marzo 2009

Il primo ambito riguarda gli anziani non autosufficienti. Volevamo sapere qual è la situazione qui nella pistoiese riguardo al progetto non autosufficienza, al piano che è stato istituito per l'utilizzo del fondo.

Al fondo sperimentale.

Se eravate nella sperimentazione iniziale; se non c'eravate, com'è strutturato: PUA, UVM, etc.

Non eravamo nella sperimentazione iniziale: siamo entrati nel 2008 con la sperimentazione... ancora sperimentazione, ma diciamo... secondo turno: quella per tutti; e la Regione ci ha dato questo finanziamento aggiuntivo, e abbiamo iniziato a spenderlo: fra l'altro destinatario delle risorse è stato individuato il comune capoluogo... Pistoia, come Comune capofila, contrariamente ad altre realtà in cui il fondo è andato all'azienda USL. Perché così hanno voluto i sindaci, e così è stato un lavoro immane, anche di... dal punto di vista burocratico-amministrativo, la gestione di questo fondo. Son stati dati degli indirizzi, dalla conferenza dei sindaci; è stato istituito un gruppo di lavoro misto – integrato, come si dice – fra azienda e Comune, con tre funzionari dei comuni, cioè: due funzionari e il dirigente – io - ...cioè: dei comuni della zona, più il responsabile di zona, più il coordinatore dei servizi sociali dell'azienda, che ha dato... che ha mosso, diciamo... che ha fatto azione di... che ha individuato il progetto, le azioni da fare, seguendo la griglia regionale, e ha dato il via alla sperimentazione. Il PUA c'è; l'UVM c'è, i punti insieme ci sono: anche quelli sono stati dislocati non nei presidi socio-sanitari e basta, cioè non dove c'è l'assistente sociale, ma sono stati individuati gli URP dei comuni della provincia e dell'azienda USL. Sono coloro che in prima battuta interfazziano il cittadino, cittadino che va, insomma, lì, chiede informazioni e viene orientato nei servizi; naturalmente non, ciò non è che escludeva o ha escluso qualcuno dal servizio sociale, nel senso che il segretariato sociale è stato interamente coinvolto: abbiamo fatto la formazione agli operatori dei punti insieme, perché si trovavano davanti a una cosa nuova... e il gruppo, questo gruppo misto integrato si è accollato anche il compito di fare una prima formazione aggiuntiva a quella della Regione: ora la Regione sta battendo a tappeto proprio in questo momento, la formazione vera e propria di tutti... questa scelta degli URP l'abbiamo fatta...

La interrompo, mi scusi. Il PUA ha una funzione di regia oppure no? perché cambia in ogni unità.

Il PUA... allora, la regia è il mano a questo gruppo. Il PUA ha una funzione di smistamento, fra virgolette, delle segnalazioni, dei casi... smistamento di volta in volta all'UVM, se il caso è completo. Mentre il gruppo direzionale è questo gruppo inter-istituzionale, che ora che stiamo elaborando – siamo un po' la pecora nera perché ancora non abbiamo elaborato l'intesa: perché la Regione ci invitava a fare un'intesa USL-Comuni-Regione, per poter gestire anche il fondo a regime, quello... quello... conseguente alla legge 66. E... questa cabina di regia, in poche parole, è stata rafforzata, quindi rimarrà comunque, come punto di snodo della programmazione e poi della gestione eccetera. L'UVM unica è stata costituita, e... anche questa è stata istituita e insomma opera, alloca le risorse, fa i progetti PAP eccetera. Il percorso è ben avviato, sul piano operativo, tant'è vero che abbiamo già rendicontato sui soldi spesi...

Quanti fondi avete ricevuto per il periodo ponte?

Circa 2 milioni di Euro... quattrocento... no, un po' meno... io, ora, glieli posso anche dire

esattamente, se...

Prima avevate già gli UVM? O sono state costituite per la partenza del fondo.

Mah, diciamo che l'UVM: no no, esisteva; il PUA funzionava ma non in modo, non in questo modo: il Pua più che altro serviva per... era stato istituito per le dimissioni ospedaliere, per queste cose... forse c'era anche un po' di confusione, ora io, fra Pua e UVM... ora, invece, hanno proprio due cammini diversi. L'entità delle risorse dalla Regione sono state: 400 e rotti e 1 milione e duecento, quindi...

1 milione e sei 1 milione e sette circa. Quali sono gli strumenti che l'UVM può attivare sui fronti degli anziani che vengono segnalati?

Un incremento di possibilità per esempio di posti assistenziali: di fatto qui i comuni e la Usl hanno privilegiato fortemente la domiciliarità. Quindi: finché è possibile l'anziano è a domicilio.

Quindi c'è un incremento dell'assistenza domiciliare?

Dell'assistenza domiciliare e di quella che abbiamo chiamato assistenza continuativa, le famose badanti – per intendersi – noi diamo un contributo alla famiglia che assiste... cioè che c'ha la badante assicurata, regolarmente... un contributo fino a – abbiamo calcolato un costo – fino a 1.200 Euro al mese. A scalare, naturalmente, dipende poi dalla capacità contributiva...

Come avviene questa erogazione?

Trasferimento diretto alla famiglia, o all'anziano... per esempio ci sono dei casi emblematici di anziano solo o anziana sola, con pensione minima, che vive in casa con la badante, e quindi queste, se si valuta... se l'assistente sociale fa la proposta a poi l'UVM fa il pap, valutando che il costo della badante non può essere del tut... deve essere totalmente sostenuto perché questa non ha risorse, viene dato il costo addirittura totale; e addirittura, in alcuni casi un contributo aggiuntivo, sempre a carico del fondo. Sempre perché questa domiciliarità è la... è il filo rosso, è la linea di forza...

Il contratto che voi richiedete è un contratto regolare?

Sì, è regolare.

Ma anche da semplice Colf? O è necessario che ci siano competenze infermieristiche?

No no. Addirittura ci sono stati dei casi, abbiamo avuto dei casi di contratti orari... tipo sei ore...

Basta che sia un contratto.

Sì. Alcune volte anche, per esempio noi qui abbiamo la misericordia... tanto per... pe non fa nomi... che c'ha delle donne che manda anche a casa a delle persone a fare le faccende, insomma ad aiutare nella, quotidianità, nel lavoro quotidiano, nella gestione anche della casa, ecco; abbiamo dato anche il contributo a chi dimostrava con la fattura, insomma, che aveva pagato questa cosa.

E per determinare il reddito familiare viene utilizzato l'ISEE?

L'ISEE. Addirittura ora la legge 66: c'è un dibattito aperto con la Regione, c'è un protocollo, ci sono delle linee d'indirizzo, che la Regione ha dato e, insomma: stiamo rivedendo i nostri vari regolamenti perché le nostre, le nostre... erano un po' più restrittivi i regolamenti comunali; per esempio sulla domiciliarità la Regione ha dato l'indicazione di non... di non... è un dibattito aperto insomma. Non è ancora proprio ufficiale, ma la legge, evincendo dall'articolo della legge, la 66, si vede che per esempio i redditi... esempio vado a dire: l'accompagnamento, la pensione di guerra – ammesso che ci sia – una rendita INAIL, tutte queste cose non fanno reddito, e questo... sballa un

po', anche i bilanci dei comuni, anche il fondo, cioè su questo...

C'è un modo comune, fra i comuni?

Allora: il regolamento delle prestazioni, generale, è unico per tutti i comuni, nonostante ci sia la gestione singola. Naturalmente in alcuni comuni cambiava la soglia ISEE. Ora stiamo portando tutto alla stessa soglia; e per il fondo non autosufficienza è per tutti uguale.

Le fasce quindi non sono le stesse di quelle per le altre prestazioni... quelle per il fondo no autosufficienza?

Le abbiamo mutate.

Avete fatto una media?

Stiamo lavorando a questo.

Ora state portando a un omogeneità fra i comuni e fra prestazioni. Sulla residenzialità ci sono aumenti di quote?

Non ci sono stati gli aumenti di quote perché nella nostra zona non c'è lista d'attesa sull'RSA, non esisteva. Allora noi abbiamo aumentato i cosiddetti posti assistenziali: quindi la residenzialità passata sul fondo sperimentale è stata quella del riposo assistenziale alla famiglia, che altrimenti non avremmo potuto forse garantire. E abbiamo aumentato anche le possibilità d'accesso, quindi, sia numericamente sia come soglia ISEE, quindi c'è stata una crescita di queste opportunità. I famosi riposi assistenziali ed altre cose che abbiamo fatto, i riposi assistenziali li abbiamo poi concessi nelle RSA autorizzate ma non convenzionate, in modo che non andassero a diciamo a saturare, o a non permetterci di dare riposi assistenziali che avevamo sempre dato. Che fosse una cosa in più, un'opportunità in più, non so se mi sono spiegata? Mentre l'altra cosa che abbiamo fatto... siccome molte famiglie avevano usato diciamo il fai da te, alcune famiglie; cioè della serie: non essendoci posto - noi le regole dell'accesso all'RSA prima del fondo per la non autosufficienza erano molto rigide, non avevamo lista d'attesa ma l'assistenza si scaricava sulla famiglia, questo è chiaro, però era il modo per tenere una realtà, anche dalle ricerche sociologiche faceva capire che infondo non c'era un abbandono... Non è Firenze Pistoia ecco tanto per intendersi; dove Firenze la prassi è quella di andare in RSA, qui c'è ancora un'assistenza e una tenuta del sistema sociale per cui l'anziano a casa, l'anziano in famiglia, comunque non in qualche modo abbandonato... ecco: casi di abbandono noi ne abbiamo, ne registriamo veramente pochi e speriamo di continuare così. Quindi... però tuttavia, c'erano dei casi in cui, non avendo la risposta, o non avendola nei tempi che uno magari vorrebbe - mi ricordo c'è stato un caso l'anno scorso: 25 aprile, ha preso tutti e due i suoi genitori e li ha portati in una RSA privata, no, perché una... il 25 aprile il servizio è chiaro: non glielo poteva fare... era stato detto: ti si fa il 26, il 27, ma insomma... oppure casi... drammatici, anche, che però tuttavia, avendo i figli, noi non rispondevamo e allora al fai-da-te della famiglia siamo venuti incontro pagando, dando un contributo pari a tre mesi di retta in un anno: resta di parte sanitaria e la parte sociale, se portano l'ISEE... con le normali partecipazioni.

Come funziona il progetto di assistenza personalizzato - il PAP - quanto è formalizzato? Arriva ad essere un vero e proprio patto con la famiglia dell'assistito, quasi come forma di condizionalità?

Sì, questo sì, seguo le regole, con difficoltà perché, insomma, è tanta roba eh... tutta questa roba ha intasato un po' anche il lavoro dell'UVM, ora stiamo provvedendo aumentando il personale, perché dal fondo della non autosufficienza sono stati concessi 84 mila euro con i quali stiamo lavorando, stiamo proprio facendo le telefonate ora per prendere personale in più perché... proprio non ci si fa: le cose funzionano secondo le regole: avevamo tentato due progetti innovativi ai quali non abbiamo ancora messo gran che mano, che erano: l'affido dell'anziano, ci sembrava interessante; ci siamo bloccati perché la finanziaria, dalla finanziaria non abbiamo trovato i lumi per capire come

rimborsare la famiglia che eventualmente prendeva l'anziano in casa. Ci sembrava un sistema mutuato dall'affido dei bambini, però poi... sinceramente non abbiamo avuto neanche proprio il tempo di... però è un faro che ci rimane lì in mente.

Per quanto riguarda le assistenti famigliari-badanti: voi avete previsto programmi o corsi di formazione?

La formazione l'abbiamo fatta in accordo con la Provincia.

È un corso di formazione aperto a chiunque?

Sì, aperto a chiunque e già da alcuni anni, la Provincia li fa; a onor del vero non è che abbiamo una frequenza delle donne straniere notevole, bisognerà prevedere l'elasticità e la flessibilità. L'altro progetto *a latere*, che stiamo studiando è quello di trovare un sistema per cui se mando l'assistente familiare a fare il corso bisogna che qualcuno me la rimpiazza a casa dell'anziano.

Costituite un albo?

La Provincia: perché queste son competenze sue.

La Provincia quindi ha costituito un albo?

Dovrebbe; ha detto che lo sta costituendo; ci stiamo lavorando insieme. A passi lenti, un po' per colpa loro eh... dividiamo le colpe perché...

Vorremmo solo sapere se c'è o non c'è o comunque se c'è l'intenzione di farlo...

Sì, sì: Stiamo lavorando per: lavori in corso.

Quando è stato realizzato il PUA?

Dunque: la Regione ha dato il via il 28 d'ottobre, ufficiale. Noi ci si lavorava d'estate, ci si preparava per... quindi... diamo la data ufficiale della Regione: il 28 ottobre mi sembra: quando si doveva partire tutti,

Il Punto unico d'accesso lavora esclusivamente per gli anziani quindi per il fondo non autosufficienza, che per adesso è limitato agli anziani, o si occupa anche di altri ambiti di intervento?

No, solo gli anziani.

Esistono interventi di edilizia sociali, quali alloggi a canone agevolato o altro? O ci pensano altre autorità locali?

No: il comune partecipa a questi progetti integrati... come li chiamano... progetti territoriali integrati, ci sono dei privati che hanno presentato dei progetti e la Regione li sta finanziando, sia per case singole per anziani, sia per famiglie. Sono fondi regionali chiaramente integrati. Sono interventi sull'edilizia sociale, quindi l'ex Ater, quella roba lì.

Li gestisce il comune... i servizi comunali?

Qui c'è una società fatta dai comune che si chiama SPES: società per l'edilizia sociale. E gestiscono tutto l'ex patrimonio ATER, patrimonio di edilizia residenziale; e nell'ambito di questa cosa ci sono dei piani di finanziamento, a cui concorrono anche i privati: nella fattispecie la Diocesi ha presentato un progetto per la ristrutturazione di una o due canoniche, dove farà degli alloggi per famiglie ad affitto calmierato; la Misericordia; e poi anche la SPES stessa... quindi abbiamo

esaminato questi progetti: c'ero io, fra l'altro, nella commissione.

Quali sono i requisiti per l'accesso?

Ad ora diciamo che questi posti aggiuntivi non ci sono: c'è una lista d'attesa?

Eh, sì.

Si può quantificare?

Noi abbiamo due modalità: il comune di Pistoia lavora sulla casa con la legge 96 di ERP, sull'edilizia residenziale, bandi... case popolari... strumenti classici. Qui ora il dato di quanti sono nella graduatoria ora non lo so dire, però se vi serve ve lo appunto e ve lo comunico...

Quante sono le risorse stanziare per progetti futuri?

Non lo so. L'altra cosa: abbiamo le case, di proprietà specifica del comune, che le diamo per la famosa emergenza abitativa... emergenza abitativa che è una bellissima cosa. Ci sono tantissime domande...

È per tutte le fasce: sia gli anziani, sia immigrazione, famiglie?

Tutto.

Condizioni di emergenza...

La parola emergenza, fino all'anno scorso, fino a un paio d'anni fa, aveva il significato di dire: beh, la calamità naturale, quasi... o lo sfratto. O lo sfratto o la calamità naturale. Poi nel procedere degli eventi – questo servizio è passato a me, prima era gestito dall'ufficio casa, che era annesso all'ufficio tecnico, poi l'ufficio casa me l'hanno regalato a me, allora a me ha colpito il fatto che... tanto lo dico, non me ne importa nulla, tanto non sono razzista, però nella comunità... si vedeva che gli sfratti avvenivano tutti in un... gran parte degli sfratti erano di marocchini. Marocchini con tre-quattro figli, che andavano subito in prima lista... cioè in cima... ai primi posti. C'era un passa parola per cui: se smetti di pagare l'affitto, ti buttano fuori, il comune ti dà la casa.

Allora abbiamo deciso di tenere duro, su due tre casi, sui casi nuovi che si presentavano... e li abbiamo messi sul lastrico, dicendo: i bambini li mettiamo in protezione... costeranno di rette in istituti, ma se tu non sei in grado di garantirgli... ma questi continuavano, lavoravano a nero, non avevano una busta paga, però in realtà non morivano di fame; e poi come correttivo all'istituto, perché non posso mettere dei bambini in istituto per il solo fatto che non hanno casa... io poi sarei obbligata a dargliela... abbiamo preso un'ex scuola, l'abbiamo un po' risistemata, e abbiamo messo le donne e i bambini in condizioni di disagio... li abbiamo messi tre o quattro nuclei insieme, con un'unica cucina, quindi... complessi problemi di gestione, però... per non accasarli. Poi, piano piano alcuni casi si sono risolti, e quindi l'uomo, poteva andare a trovarli, ma non per rimanere, la cosa è andata così; tant'è vero che ce n'era così bisogno che abbiamo dovuto prendere un appartamento.

Questa struttura funge da foresteria sociale, oppure sono iniziative completamente separate?

Per quel tipo di bisogno abbiamo il dormitorio; qui sono solo donne, con bambini, in cui il disagio, non è un disagio di genitorialità, quindi legato a maltrattamenti, abusi... Non c'è bisogno di una educazione – tra virgolette - alla genitorialità: il problema era solo la casa, avere un tetto; allora, io un tetto te lo garantisco. Questo fatto ci ha indotto a cambiare il regolamento dell'emergenza, dicendo: non basta lo sfratto *tout court*, ci vuole dietro un progetto. La casa, una risorsa rara e importante, la posso dare a un nucleo familiare – che sia mono-genitoriale, che sia monoreddito – che faccia un percorso di uscita, quindi una situazione temporanea purché... quindi il regolamento dell'emergenza casa... poi ci scappa sempre il caso che sappiamo non uscirà mai, ci scappa sempre

il caso che sappiamo bene che gliela diamo ma non per due anni: abbiamo messo un tempo massimo di due anni; diventeranno quattro, diventeranno sei. Per lo meno il tentativo... facciamo un grosso lavoro con l'assistenza sociale, con il parere... illuminato, diciamo, dell'assistente sociale che mi dice: sì, questa famiglia sta facendo un percorso, sta ai patti e... diamo anche la casa.

Esistono attività di mediazione per l'accesso alla locazione?

Questo ruolo non lo svolgiamo, se non in modo saltuario e occasionale, solo alcune volte... non istituzionalizzato, perché è controproducente: se il proprietario sa che c'è di mezzo il comune o i servizi sociali, stai tranquillo che la casa non gliela dà. Lo facciamo tramite il volontariato, allora, no... c'è per esempio un'associazione che si chiama Raggio di sole che fa appunto questo lavoro, lo fa anche... in associazione col volontariato riesce anche a sovvenzionare... anche per la caparra, casi molto selezionati eh: perché li vogliono per benino, bellini, che garantiscano... ma comunque esistono comunque non ufficialmente tramite il comune, ma tramite quest'associazione, questo pool di associazioni... perché abbiamo visto che è più produttore rispetto alla diffidenza atavica che c'è nei confronti dei servizi sociali: se io chiamo un'agenzia... ma lo sapete che alcune volte – poi tutto ti insegna nell'esperienza: io è undici anni che dirigo il servizio: a me è capitato di aver fatto una dichiarazione: dichiaro che al signor “Rossi” darò, il Comune darà 300 euro al mese, per pagare l'affitto per un anno, per sei mesi, insomma... - questa dichiarazione, all'agenzia, alcune volte ha significato: “No no no, l'ho già data via la casa, l'ho già data via la casa”. Proprio la diffidenza nei confronti del fatto che questo chissà che problemi porta...

A: è lo stigma sociale.

Torniamo all'ambito anziani: sono attivi i servizi attività di salute fisica, psicologica e relazionale degli anziani?

Sì.

Ci può fare qualche esempio?

Ci sono quattro spazi di socializzazione sparsi nella città dove gli anziani vanno il pomeriggio, quindi fanno tantissima attività per il tempo libero...

Sono a gestione diretta o sono convenzionati?

Un po' del comune un po' dell'ARCI, ma in gran parte del Comune; e in questi luoghi c'è il volontariato, ci sono le associazioni dei pensionati... l'ANTEAS, l'AUSER, tutta questa gente qui, la Croce Rossa: c'è attivo un percorso con la Croce Rossa sulla salute, contro gli incidenti domestici, l'infermiera della Croce Rossa gli misura la pressione... l'infermiera della Croce Rossa che misura la pressione è la più gettonata... Poi fanno teatro e tanto altro. Servizi di prevenzione, strumenti di socializzazione e di mantenimento, ci sono le gite, le feste, le vacanze: tutte queste attività sono diffuse. Poi c'è le visite in biblioteca, la lettura dei libri, la visione dei film...

Diamo un rimborso spese al volontariato, quindi una cifra... poi c'è la banda: c'è anche la banda.

Sono centri diurni...

Noi li chiamiamo spazi di socializzazione: perché il centro diurno è un'altra cosa: il centro diurno qui da noi si caratterizza come proprio un semi-residenziale per chi sta male, questi sono...

Quindi ci sono centri diurni per chi ha problemi più gravi di tipo sanitario?

Per chi rimarrebbe solo in casa ma ha problemi... non di non autosufficienza, ma di parziale non autosufficienza. O di mancanza di relazioni, più che altro con bisogni diciamo complessi; e uno in

particolare, ce l'abbiamo per l'Alzheimer, è un centro diurno proprio per i malati di Alzheimer.

Il centro diurno vero e proprio è socio sanitario: c'è una parte sociale e una sanitaria: c'è l'infermiera, c'è il medico, insomma è una struttura... è quasi una RSA però temporanea, per il giorno. Perché la persona magari la sera c'ha qualcuno, ma il giorno rimarrebbe solo in casa, e allora...

Tornando all'assistenza domiciliare integrata, ci potrebbe descrivere quali sono gli interventi più rilevanti del servizio di assistenza socio-domiciliare?

Della parte sanitaria se ne occupa la USL, con l'infermiera a casa, a domicilio, queste cose qui; anche se poi ora, con la non autosufficienza c'è il PAP unico, però ora la spesa è tutta lì, prima, quella dell'infermiera la pagava la USL, e noi pagavamo quello che va a fare la pulizia, l'igiene della persona o della casa, dipende dalla gravità... quindi, con cooperative, noi la facciamo con cooperative, in appalto.

E c'è lista d'attesa sull'ADI?

No... col fondo... i casi che si presentano noi cerchiamo in qualche modo di... magari diminuiamo un'ora da un'altra parte.

I tempi di presa in carico?

La Regione dice 30 giorni: il fondo, no? Allora: nei 30 giorni non sempre ci stiamo, ma non per – e questo è un problema che io ho segnalato con la Regione – perché, d'altra parte noi abbiamo necessità quando la pratica mi va in UVM, che sia completa anche della parte burocratica: devo sapere l'ISEE com'è, devo sapere... e spesso i familiari o la persona che è andata al punto insieme, non portano i documenti. E qui ci stiamo interrogando se, da una parte, se il caso è urgente urgente, si procede comunque e poi vedremo; anche se il “vedremo” significa, a volte, non vedere, perché di fatto le rivalse, poi creano problemi... io non ho ancora visto grandi buoni esiti, poi vanno nel tempo, ma comunque... ma il caso del figlio, che magari non porta l'ISEE anche del genitore o mi ritarda nel portarlo, se la situazione... di volta in volta si guarda... se la situazione non è drammatica...

La cosa rilevante che abbiamo trovato è questa: la documentazione, la riposta sulla documentazione. Anche se l'UVM, vedo che a volte fanno doppia seduta, ci stanno tutto il giorno, insomma, c'è stato un rimbocarsi le maniche notevole.

Sono attivi dei servizi di assistenza domiciliare più leggeri: di prossimità, servizi di prossimità?

Sì sono attivi: il pasto a domicilio, lavanderia... addirittura abbiamo fatto, da alcuni anni un accordo con gli artigiani, coi commercianti... coi commercianti per la spesa; con gli artigiani... la lampadina che non funziona, il rubinetto che perde... con prezzi un pochettino calmierati, ecco: abbiamo fatto questo tipo di accordo. Non che sia molto, molto... grandi numeri non ci sono stati, però... insomma: disponibilità c'è stata. Una cosa che sottolineo è il fatto che, spesso, le cooperative stesse, che hanno l'appalto dell'assistenza domiciliare, attivano loro un volontario, qualcuno, che va a fare questo tipo di servizio all'anziano; se scoprono che c'è una lampadina che non funziona... piccoli... piccole riparazioni le fanno: se c'è la finestra che non chiude, la maniglia che si è rotta, tutte queste cosette, le fanno direttamente loro, in più eh... gliel'abbiamo chiesto eh... e loro si sono attivati e lo fanno. Fra le cose, come ausilio domiciliare più leggero, alcuni anziani hanno soltanto quella che qui viene chiamata la muta del letto, cioè aiutare ad alzare e a rimettere al letto la sera, o il pomeriggio, la persona. Abbiamo anche alcuni anziani col telesoccorso...

C'è una politica di de-istituzionalizzazione?

Sì, guardi io è undici anni che sono dirigente di questo servizio e l'ho trovata, questa attenzione alla non istituzionalizzazione... io ricordo... ora posso fare un inciso: abbiamo noi, oltre alle RSA, al centro diurno... una casa famiglia per anziani, che rimangono soli ma che sono anche parzialmente autosufficienti. Io ricordo, quando aprimmo questa casa famiglia, il geriatra venne a controllare come mettevamo i letti, perché voleva la stessa disposizione che la persona aveva nella sua casa, con i suoi oggetti, con le sue cose...

Rimangono comunque degli strumenti di tipo residenziale, la casa famiglia di quanti posti dispone?

Sono nove.

La RSA di tipo classico di quanti posti?

Questo ve lo rimando.

Non ci sono liste d'attesa sul residenziale?

No.

Esiste un servizio di telesoccorso, abbiam detto...

Sì.

È in convenzione o appaltato a una cooperativa?

A Misericordia e Croce Verde. Esiste anche il servizio di chiamata sociale. Abbiamo anticipato il monitoraggio degli anziani fragili. Le locali pubbliche assistenze avevano presentato un progetto alla Regione in tal senso, per intervenire nell'estate, cioè: ancora prima: esisteva qui a Pistoia Telefono amico – era chiamato – e nei locali dell'URP, del comune, c'era un gruppo di volontari che nel periodo estivo. Chiamava a casa persone segnalate dai servizi; o riceveva le chiamate. E questo c'era un po' di volontariato, insomma, di donne soprattutto, ex professoresse, insomma, che facevano questo tipo di servizio, un po' così, anche utile efficace. Su questo si innestò questo progetto, visto il successo e visto che andava bene, questo progetto delle pubbliche assistenze, e quindi fu fatto questo servizio di chiamata sociale; quindi con un posto, un numero telefonico che... chiamava e riceveva, quindi furono formati degli operatori. Quando arrivò il 2003 e poi il 2004, che l'assessore Rossi ci chiamò e disse: “Voglio che tutti gli anziani ultra settantacinquenni...”, noi eravamo pronti, e quindi abbiamo affidato a questo servizio già in essere, la chiamata, attiva e passiva degli anziani, no; ed è continuato, è rimasto per tutto l'anno, e noi ora con poco costo sinceramente... un po' con i soldi che ci danno sugli anziani fragili, lo abbiamo mantenuto, anzi, lo abbiamo implementato, perché dentro c'è entrata la misericordia, c'è entrato anche le Acli, è diventato una cosa... che ci facilita perché intanto ci garantisce un servizio, e poi sanno anche indirizzare le persone verso i vari servizi, ora vediamo gli sviluppi, ma per ora è così, eh?

Esistono strumenti di mediazione per le famiglie?

Abbiamo tentato anni fa di fare i punti di auto mutuo aiuto; poi bisogna che la gente ne senta la necessità da sola – tu senti dire: a Trento: tremila punti di auto mutuo aiuto: tutte grandi cose... - allora si disse: si fa anche noi. Si cominciò a pensarci, a parlarne con le famiglie, però non funzionò. Allora abbiamo soprasseduto e ora siamo partiti con un progetto che si chiama caffè Alzheimer: per dare il senso dell'incontro: abbiamo fatto degli incontri fra familiari, tenuti di volta in volta dal geriatra, dall'infermiere, dall'assistente sociale; ed ora, a gran voce, stanno chiedendo di fare il gruppo di auto mutuo aiuto. Sta nascendo proprio in questo periodo, così come tutte le cose, come

la Banca del tempo.

Poi c'è un gruppo di anziani che ha fatto una proposta alla giunta, hanno detto: noi siamo un gruppo di anziani, abbiamo delle case sparse nelle frazioni che, anche se non lontanissime dal centro, risulta difficoltoso spostarsi. Allora: Comune: dacci una casa, un immobile da ristrutturare e noi cediamo a te le nostre case. Ora in comune stiamo ragionando su questa proposta. Ora: è passato il tempo, però – questi anziani sono stati tenaci – e siamo arrivati all'individuazione del terreno, e quindi loro probabilmente partiranno con questa loro ipotesi. Al primo piano le abitazioni, al piano terra le abitazioni... Si costruiscono nuove nell'area ex-Breda. Ed è una forma – a parer mio - di edilizia sociale.

Nella Pistoiese sono attivi servizi mirati agli anziani, per prevenire o gestire situazioni di emergenza, casi di abbandono, e quindi interventi sul vitto e alloggio, pernottamento?

Per gli anziani, no: ci sono strutture in generale: c'è la mensa, c'è il pasto a casa, c'è l'assistenza domiciliare, c'è la casa famiglia; ma dire che ci siano degli anziani – raccattati per la strada, fra virgolette - non ci sono. Abbiamo dei casi – ma è un fenomeno da studiare: sta emergendo – soprattutto uomini, magari sconosciuti del tutto al servizio, anche con ampi redditi, che rimangono soli e che diventano barboni in casa, non so come dire; case sporche... ma non in condizioni di miseria. Sono quei quattro o cinque casi che ti fanno interrogare. Per esempio: i vicini di casa chiamano i vigili del fuoco perché sentono puzza di gas; i vigili entrano e la trovano con l'immondizia. Un ex dipendente delle ferrovie, con la pensione, dopo che la madre è morta nessuno ha più pulito quella casa: dieci anni che era morta.

Vengono previsti contributi all'anziano o alla sua famiglia, sotto forma di voucher, o buoni?

No. Fino a poco tempo fa avevamo un contributo assistenziale, derivava da una famosa delibera Regionale che era l'obiettivo anziani. Noi, in cambio dell'assistenza – magari alla nipote o a qualsiasi altro – abbiamo teso ad eliminarli, perché se c'è bisogno c'è la cooperativa. Vorremmo studiare il sistema dei voucher, per il fondo della non autosufficienza, però per adesso non c'è. Per il resto: contributi all'anziano ci sono: per il vitto, per le utenze, per la luce.

I requisiti di accesso sono sulla base dell'ISEE?

La pensione minima, chi ha la pensione minima e non ha altro reddito, e ha l'affitto: insomma: sulla base del reddito.

Il regolamento è unico per tutta la zona?

Sì. Fa parte sempre del discorso che s'è fatto prima: cioè tendenzialmente unico.

Esistono liste d'attesa per i contributi economici?

Esisterebbero. Abbiamo fatto una graduatoria... delle disgrazie – come dico io - e naturalmente, chi è anziano, solo, senza reddito: lo prende; magari a scapito della persona più giovane, ugualmente sola, però che avrebbe altre risorse.

Quindi questi servizi non sono solo per gli anziani?

No, diffusi su tutta la popolazione – nel gergo delle assistenti sociali...

Più o meno: che ordine di grandezza raggiungono?

Quante risorse? 1 milione e 600 mila euro l'anno, grosso modo.

Si copre la popolazione di tutta la zona?

Non di tutta la zona: di Pistoia. Di tutta la zona si può raddoppiare: sui 3 milioni di euro.

Passiamo all'ambito disabili, abbiamo un elenco di tipi di servizi: salute fisica e relazionale, psicologica, centri diurni, eventi, gite, servizi riabilitativi individualizzati (musicoterapia, ippoterapia). UQli di questi o quali altri sono attivi nella vostra zona?

L'ippoterapia viene fatta; la musicoterapia, addirittura abbiamo un centro per il tempo libero dei disabili – aperto a tutti – spazio incontri lo abbiamo chiamato, dove, con particolare attenzione ai disabili, si fanno corsi di... tutto: dall'esperanto agli scacci, teatro, cinema, balli, computer... e sono integrati, cioè aperti a tutti.

Questo è a gestione diretta o no?

Sì, è a gestione diretta, e un po' con la cooperativa, cioè alcuni servizi tipo il portierato, lo facciamo fare alla cooperativa.

Sono presenti attività di inserimento lavorativo individualizzato per i disabili?

La provincia li fa. Questa è roba della Provincia dal '68; noi ci integriamo con la Provincia.

Sono presenti progetti del tipo “dopo di noi”?

Per il “dopo di noi” abbiamo la struttura pronta e stiamo direttamente lavorando con le associazioni. Abbiamo una struttura bellissima, finanziata con fondi regionali; stentiamo a partire perché... la persona che se ne doveva occupare ha avuto un bambino ed è stata ferma un anno: le cose le fanno le persone...

Partecipate a progetti educativi per alunni disabili?

Spendiamo una cifra enorme sull'assistenza scolastica, con il personale della cooperativa che fa la parte di sostegno alla scuola, all'inserimento scolastico. Mi auguro che la Regione decida, ma per me appartiene al “diritto allo studio”: è una di quelle cose che è in un limbo: non si capisce quando finisce l'educativo, quando comincia l'assistenziale e si possono aprire mondi. Abbiamo fatto un bel percorso, di qualità, formando gli operatori.

Esiste un servizio di assistenza socio-assistenziale specifico per i disabili?

Sì: con le cooperative anche questo.

C'è una lista d'attesa su questo?

No.

Ed è in convenzione con una cooperativa?

Con due cooperative.

Ci sono servizi per i disabili sempre di carattere socio sanitario assimilabile all'ADI per anziani?

Sì, anche questo.

Sempre in convenzione? C'è lista d'attesa?

No: le fa l'azienda USL. Oltre i centri diurni, che ho detto, c'è questa grossa realtà c'è il trasporto fatto con dei buoni taxi speciali, per chi non deambula e per chi non ci vede. Abbiamo aderito al progetto dell'MGT (mobilità garantita gratuitamente), che è un sistema di piccole macchine sponsorizzate, come nel ciclismo: è una ditta del nord che fornisce il mezzo, manda gli addetti a

comprare gli spazi, la pubblicità e lo dà al comune, all'ente pubblico e questo ci deve mettere gli autisti e la benzina, loro pagano l'assicurazione, pagano tutto. Io all'inizio ero perplessa, poi mi ci buttai, quindi abbiamo due mezzi che girano e li abbiamo inseriti nei percorsi del COPIT, il consorzio dei trasporti, nel senso che le persone telefonano al COPIT e questo li organizza in orari non di punta, è chiaro.

Gestite anche interventi di rimozione architettonica per i disabili?

Sì, l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle case private.

Quante risorse vengono destinate a questo scopo?

È la Regione che destina le risorse, di anno in anno dipende.

Ed è in gestione associata anche per gli altri comuni?

Sì.

Quali interventi specifici? Installazione di montacarichi...

O allargamento delle porte, bagni... di anno in anno cambiano i tipi di interventi, per esempio quest'anno ci sono stati tutti elevatori, montacarichi; altri anni bagni... abbiamo istituito una commissione per questo: c'è un medico, che valuta la pertinenza della tipologia rispetto alla cosa richiesta, e un tecnico, un geometra del comune, anche per valutare l'importo degli interventi.

Voi svolgete attività di informazione per l'accesso ai servizi?

Sì: abbiamo un punto informativo handicap, gestito per tutti i comuni della zona, insieme all'osservatorio della Provincia, che l'ha diramato.

Fate anche campagne educative, per la prevenzione?

Sì

Per quanto riguarda famiglie di disabili esistono esperienze di auto mutuo aiuto?

Per la salute mentale Sì: esistono.

Per iniziativa dei cittadini o per una vostra iniziativa?

Per iniziativa dei cittadini, è nato dalle associazioni dei malati...

Voi li riconoscete come interlocutori.

Sì, esatto.

Per quanto riguarda i servizi residenziali per disabili cosa è presente su vostro territorio?

Nel territorio c'è l'OAMI, che è una struttura privata.

Voi avete delle quote in convenzione?

In convenzione; poi c'è l'AIAF, che c'ha una casa-famiglia, un centro diurno...

In questo settore, c'è una lista d'attesa che viene completamente esaurita o avete bisogno di più quote?

Io ritengo che, se parte il "dopo di noi", siamo apposto; anche se lo ritengo un fenomeno in espansione, perché si allunga la lista dei disabili e la famiglia è sempre più sottile, magari prima ci

potrebbe essere il disabile, ma aveva sempre i fratelli... ora questo non è più.

Ci sono strategie di coordinamento per la presa in carico per l'integrazione dei servizi indirizzati ai disabili?

Per gli anziani era l'UVM, qui c'è il GOM che funziona.

Quali sono i tempi di presa in carico del GOM?

Non glielo so dire esattamente, sono situazioni... abbiamo anche un centro per autistici, sì: non ci manca nulla. C'è un centro down, no: non ci manca nulla. Le associazioni – scusate – ma sono massacranti: ci massacrano...

Esiste un sistema di monitoraggio finalizzato alla diagnosi precoce?

L'Azienda Usl so che lo fa, però sinceramente io... sa che cosa manca secondo me? Il sostegno psicologico alle famiglie: perché risolverebbe tantissimi problemi... anche sull'accettazione sulle aspettative... Anche sulla richiesta di servizi anche, perché nella misura in cui tu accetti la tua condizione, ti accetti anche come sei, non pretendi...

Svolgete in modo sistematico un'attività di supervisione e controllo dei disabili, per prevenire stati di abbandono?

Sì, certo; io credo che non ci siano disabili di cui non conosciamo l'esistenza.

Si prevedono contributi ai disabili ed alle famiglie sotto forma di voucher e buoni?

No, sotto questa forma no. Come per gli anziani: contributi economici, sostegno al minimo vitale, e quant'altro.

Quali sono i servizi educativi per la prima infanzia: 0-2 anni?

A Pistoia ci sono delle eccellenze: i nidi e le comunali, però fanno parte dei servizi educativi. Però non è di competenza dei servizi sociali. Però esistono, ci sono: gli spazi genitori, gli spazi giochi, le aree: area bambini gialla, verde, dove si parla della natura...

Immaginiamo un caso in cui la famiglia di uno di questi minori sia in uno stato di disagio sociale...

...c'è l'accesso prioritario gratuito.

La certificazione la fate voi?

Del disagio sì, poi lo segnaliamo a...

Però poi tutta la gestione finanziaria eccetera è in carico al comune?

È un'esenzione. Per esempio: se c'è un bambino da inserire al nido, da quel bambino il comune non prende nulla, però è chiaro che subentra a qualcun altro che potrebbe anche pagare.

Per fasce maggiori di età, esistono soggiorni estivi, centri diurni per minori, etc.?

Centri diurni per minori ce ne sono sette.

Questi sono di vostra competenza?

Sì, quelli sì. Allora: ce ne sono due dove si va a fare i conti, diciamo un semi-convitto, tipo doposcuola: naturalmente studio e gioco, però c'è la prevalenza dello studio; e poi ci sono gli altri quattro o cinque che sono più socio-educativi. Cioè in questi due le segnalazioni per disagio sono ridotte,

perché uno c'ha quasi 80 posti e saranno una decina quelli a disagio, e nell'altro saranno cinque o sei. Mentre negli altri è l'inverso; purtroppo nascono da esperienze di volontariato si sono innestati nell'attività della parrocchia, del circolo... e qui il disagio è più forte: su un totale di 20, ad esempio, sono 18 quelli a disagio.

... e gli altri sarebbero?

Sono sempre centri diurni per minori: centri socio educativi, si chiamano. E vanno dalla scuola elementare alla scuola dell'obbligo.

Ci può accedere chiunque?

Chiunque no, perché i posti sono limitati e qui c'è davvero una lista d'attesa purtroppo.

Viene previsto il trasporto scolastico a scuola?

Sì, del comune?

Anche per gli alunni disabili?

Sì.

Ci sono attività di assistenza familiare finalizzate a famiglie con minori?

Sì: educativa-domiciliare.

Quindi sostegno nei compiti?

Ma anche nelle capacità genitoriali: “questo atteggiamento non va bene”... concordato con l'assistente sociale.

Ci sono consultori familiari?

C'è un consultorio, ma non familiare. È un consultorio a carattere sanitario...

Quindi l'assistenza psicologica o la mediazione familiare avviene attraverso l'assistenza educativa?

Con l'assistenza educativa o con la psicologa: con la presa in carico da parte del l'UFSDIA, cioè l'unità funzionale salute mentale infanzia, adolescenza o adulti: è l'integrazione fra il servizio sociale e la parte psicologica, psichiatrica della USL.

Ci sono attività di assistenza rivolte a donne e minori? Di solito sono associati a questa tipologia di utenza soggetti ad abuso, violenza, per gestanti, madri sole... E quali sono i soggetti che intervengono?

Abbiamo il servizio per le gestanti, con una casa-famiglia: per le ragazze madri o le madri in attesa. Abbiamo il servizio aiuto-donna: è uno dei pochi gestito dall'Ente pubblico: di solito è gestito con la formazione di un gruppo di volontari che risponde al telefono, e poi indirizza alla presa in carico del servizio; facciamo anche degli allontanamenti in casa segreta, abbiamo la casa-rifugio ed è sempre piena, purtroppo.

C'è lista d'attesa?

Non c'è lista d'attesa perché spesso siamo in rete, un altro giorno l'abbiamo accompagnata in Emilia Romagna, perché era giusto che si allontanasse. Stiamo lavorando tantissimo su questo settore; tant'è vero che anche con un progetto nazionale, con Artemisia di Firenze...

La crescita di questi fenomeni è legata alla crescita dell'immigrazione?

Sicuramente l'immigrazione ha portato ad una crescita, specie con albanesi e marocchini, che sono le due etnie più presenti a Pistoia. Spesso abbiamo anche un pochino ad aspettarla... a sostenere la donna, a dirgli che ci siamo, e quindi a favorire una decisione matura, perché non è mai facile mai per nessuno cambiare con la propria vita, e quindi c'è un forte sostegno psicologico, fin dal momento in cui la donna decide o non decide di fare la denuncia; insomma c'è tutto il percorso... addirittura, per l'abuso ai minori, abbiamo fatto l'integrazione con tutta la filiera, la polizia, i magistrati... facciamo dei corsi di formazione insieme. Ecco la formazione multi-professionale è una cosa che noi abbiamo trovato vincente, perché ognuno la vede dal suo punto di vista, però, quando poi scoppia il caso... io conosco lui che è il poliziotto, gli posso fare una telefonata, e diventa molto più agevole; e quindi già questo facilita moltissimo la comprensione dei problemi e la procedura: si impara a lavorare insieme, a capire i vari punti di vista, a capire quello che è possibile chiedere.

Ci sono progetti di sostegno alla natalità e alla maternità?

Al consultorio c'è il movimento per la vita, con questo progetto, e loro sono lì, per alcune ore a far consulenza alle persone che hanno dei dubbi, decidono o non decidono... dicendo che poi potranno avere il sostegno, rimanere segrete... tutte queste cose esistono. Quindi: sull'assistenza alle donne lavoriamo tantissimo, sull'abuso di minori anche...

Avete case-famiglia per l'abuso ai minori?

Sì: abbiamo l'affido dei minori.

Ci sono famiglie singole o soggetti più organizzati?

Abbiamo famiglie singole: abbiamo un buon numero di famiglie, mi sembra siamo sui cento casi di affido – sono tanti.

Non sono organizzate queste famiglie? Non c'è un'associazione per l'affido?

Ci sono due associazioni, ma che ci aiutano nel diffondere il verbo, diciamo. Non che abbiano una loro struttura con – tipo – una casa grande e accogliente, no. Lavoriamo noi con le famiglie, facciamo incontri periodici, incontri di sostegno, siamo a disposizione per qualunque dubbio, per qualunque. Così come facciamo i corsi di preparazione all'adozione. Non facciamo mediazione familiare, anche se conosciamo dei soggetti che la fanno e quindi possiamo indirizzare... avevamo pensato di farla, ma quando arrivano da noi casi limite la mediazione non è efficace.

Si offre assistenza primaria per l'emergenza economica della famiglia? Anche qui: contributi economici, minimo vitale, etc.?

Sì. Prestiti d'onore no, non li facciamo. Contributi economici in generale abbiamo fatto un accordo con la Caritas. Con l'idea di non pagare in due la bolletta della luce, perché... pago io, la paga la Caritas, la paga la parrocchia... quindi ci venne in mente di dividersi in tanti dicendo: io gli do questo, tu gli dai quello. Allora: se arrivavano con la bolletta della luce, chi vedeva l'originale, la tratteneva, e poi decidevamo insieme quanto, come intervenire. Poi – cosa ancora più raffinata – si disse: la luce la paga il comune e voi gli date il mangiare, altre cose. Poi, ancora oltre, ora s'è fatto un programma di computer integrato. Poi, sui minori, la residenzialità, le case famiglia, abbiamo una casa famiglia anche per le prostitute: non ci manca nulla.

Ci sono progetti per l'integrazione di stranieri, extra-comunitari, attraverso l'apprendimento della lingua italiana?

Sì: corsi di lingua di quelli con la patente europea... ora non ricordo bene come si chiamano.

In convenzione?

Sì, d'accordo con le scuole, c'è una certificazione particolare che ne garantisce la qualità.

E per quanto riguarda l'integrazione di minori immigrati?

Su questo ci siamo violentemente scontrati sulla scuola ma non abbiamo dato il mediatore culturale accanto al bambino...

La scuola lo richiedeva?

Sì, lo richiedeva: quando sono arrivati gli albanesi dicevano: "eh ma non capiscono nulla, neanche una parola d'italiano". Secondo me è pedagogicamente sbagliato perché questi non sono diversi; non sanno la lingua, però neanche quando sono arrivati da Napoli o dalla Calabria non sapevano il toscano... sì, insomma l'italiano; il congiuntivo: io ho detto sempre alle professoressine e alle preside: "il congiuntivo lo sbagliano gli italiani, lo possono sbagliare anche loro". Io la mediazione linguistica la do alla famiglia, nei rapporti con la scuola, perché mi sembra importante: nel momento in cui tu – albanese – vai a iscriverti, o a un colloquio, devi sapere quali sono gli orari, e se non capisci...

C'è una comunità cinese qui?

No.

Sono presenti marocchini e albanesi. Rumeni?

Qualcuno.

Campi nomadi?

Sì: uno ufficiale e due abusivi.

B: voi interagite con questi campi nomadi?

Abbiamo tentato di tutto (anche con quelli abusivi): la scuola, l'educazione all'ambiente, alla pulizia, ho anche due progetti sul lavoro, dei nomadi: uno è la lavanderia – per le donne – è uno la raccolta del ferro – per gli uomini.

Come funzionano?

La lavanderia deve partire, stanno facendo la formazione.

Ma è una lavanderia industriale?

Sì, ma funziona anche a sportello. E la raccolta del ferro... sì, va. Io la mano sul fuoco non ce la voglio mettere, ma insomma va. Abbiamo varie tipologie di Rom, varie etnie. Abbiamo i sinti... gli istriani sono molto più integrati; la difficoltà è con gli altri, che sono per niente integrati, anche se è da quaranta cinquant'anni che sono a Pistoia, comunque rimangono con le loro...

Una curiosità: le parla solo di immigrazione straniera: non c'è immigrazione italiana? Perché nelle altre zone distretto sono stati spiazzati da questo fatto...

No.

Abbiamo incentivato la crescita delle cooperative di sicurezza di tipo B, come volano per l'occupazione delle persone svantaggiate... Qui noi dobbiamo operare con delicatezza per non

invadere le competenze dell'amministrazione provinciale, ed anche con loro abbiamo fatto dei protocolli operativi, dei protocolli d'intesa; lo abbiamo chiamato inserimento al lavoro delle fasce deboli, intendendo per fasce deboli sia l'ex-tossico, carcerato... tutti quelli della 381, ma – in modo estensivo – anche la persona che non ha trovato la sua strada, o è senza fissa dimora...

La nostra difficoltà, nostra col comune, è che per poter mettere a lavorare questo tipo di persone, non basta avere il centro per l'impiego, che ti fa il colloqui di orientamento, con lo psicologo... ma ci vuole che te lo porta al centro per l'impiego... ci vuole il percorso avanti; non solo: ma ci vuole anche un allenamento iniziale... Ci vuole anche un'acquisizione di comportamenti, dall'essere puntuali, al lavarsi, presentarsi in forma decente... mettersi i calzini, andare dal dentista, farsi i capelli; tutta questa serie di comportamenti, ma anche l'abitudine al lavoro, dire buongiorno la mattina quando arrivi, avvertire se non vieni perché ti senti male... e tutte queste cose la Provincia non le fa e quindi noi copriamo tutte queste cose, con cooperative, con laboratori attrezzati, con forme di accompagnamento e di tutoraggio della persona. Abbiamo scoperto che i successi ci sono, però servono risorse, umane anche, perché la figura dell'accompagnatore poi ti costano. A me non è riuscito trovare – neanche in questi progetti europei ai quali ho anche aderito – uno spaccato che mi corrispondesse, alcune forme le ho inserite, sono andata anche alla Regione per farlo. Ci sono dei lavori socialmente utili che danno alla persona una dignità, e a me un modo per dire “tu ti guadagni quello che io infondo ti continuo a dare”. E questo mi dà una grande soddisfazione, però occorrono risorse. Quindi noi abbiamo fatto questi tipi di percorsi con le cooperative di tipo B, per potere noi avere la copertura... alcuni sono anche di carattere produttivo, fanno ferro, carpenteria.

Facendo un passo indietro nemmeno per gli immigrati c'è un'attività di mediazione sulla locazione, perché l'avete giudicata controproducente?

C'è un progetto che sta partendo, con il SUMIA; e poi la Provincia ha fatto un grosso lavoro con le organizzazioni datoriali, con la Confartigianato...

Però sul lavoro?

Lavoro e casa. Pur di avere la manodopera si sono dichiarati disponibili a dargli la casa. E quindi ci ha lavorato la Provincia, con un progetto chiamato INTEGRA.

Nell'ambito dei consultori familiari, si prevedono servizi specifici di consulenza e formazione dedicati agli immigrati per sostenere le responsabilità familiari?

Non lo so, francamente.

La zona favorisce l'iscrizione sanitaria agli stranieri con permesso di soggiorno e la relativa fruizione di servizi sanitari?

Sì certo, c'è il servizio per i temporaneamente presenti. Come Comune abbiamo il servizio d'informazione, che tutte queste cose glielo deve dire. È anche presente lo sportello polivalente con varie funzioni, anche quella della mediazione linguistica, perché abbiamo creato un'associazione di donne immigrate di varie etnie... ecco: negando il mediatore accanto al bambino, però c'è questa associazione che va alla scuola e fa l'interfaccia fra la famiglia e la scuola; abbiamo creato una batteria di test per capire il livello – ad esempio – sulla matematica...

A questi sportelli integrati per gli immigrati, si rivolgono sia ai regolari che agli irregolari?

Sugli irregolari noi non potremmo fare nulla: abbiamo un'associazione di volontariato che integra

quello che non possiamo fare noi; li hanno un servizio di lavanderia... e noi diamo un contributo a questa associazione, così come diamo un contributo anche per il carcere, dove il 60% sono stranieri, e qui anche per i calzini e le mutande hanno bisogno di qualcuno. Il problema è che noi siamo vincolati alla residenza, perché nel momento in cui do un contributo a qualcuno a me mi deve apparire il codice fiscale.

Avete progetti specifici per soggetti che si prostituiscono?

Abbiamo una casa famiglia per donne vittime della tratta. Questa è la Provincia che la gestisce – noi diamo un contributo – perché il problema della prostituzione non può localizzarsi a Pistoia. Quindi è di livello Provinciale ma nella rete generale dell'articolo 18.

Emergenze abitative dei soggetti immigrati... accennava a quel progetto SUMIA...

Il SUNIA, che è degli inquilini; loro stanno facendo un lavoro di intermediazione specifico per gli immigrati.

Mentre per l'emergenza, avete il dormitorio?

Il dormitorio ha una doppia funzione – che mal si concilia e che dovremmo rivedere – abbiamo, per l'emergenza della gente di passaggio, un dormitorio con 20 posti, 16 per uomo e 4 per donne – e quest'inverno avevamo anche 40 persone.

È attivo il servizio mensa della Caritas?

Il servizio mensa Caritas a cui noi paghiamo i pasti e loro pensano alla distribuzione.

Più o meno quanti pasti sono?

Più o meno 50-60 al giorno.

Su questo fenomeno del vagabondaggio/senza fissa dimora, avete dei servizi di monitoraggio della città?

Ufficiali no; però, chiaramente, il dormitorio pubblico e la mensa sono due indicatori.

Chi arriva sa dove andare...

Sì, col passa parola, probabilmente... e per quelli di transito, l'accoglienza è per tre giorni e basta, se non c'è un progetto dell'assistente sociale – per i locali – che mi giustifica la maggiore permanenza. Abbiamo anche due progetti “cercando casa”: ci sono delle persone che magari sono in difficoltà abitativa, ma stanno cominciando a lavorare e sono in attesa, o stanno iniziando il percorso con la cooperativa, e allora per loro noi abbiamo degli appartamenti in affitto, presi dalla cooperativa che li tiene lì e noi gli rimborsiamo un tot.

Per gli immigrati sono previsti trasferimenti di tipo economico?

Sì, come per gli altri. Rom immigrati, cittadini, tutti vengono trattati nello stesso modo.

Se sono regolari?

Se hanno davvero necessità.

Appendice D

La matrice degli obiettivi, degli strumenti e degli effetti attesi

<i>NOM</i>		Area	Obiettivo dei programmi dei 12 PIS attivi nelle SdS toscane	SdS	n	Strumenti e interventi	Macro-obiettivi	Effetti attesi
		ANZIANI						
	1	Anziani	Interventi educativi per attività motoria e sportiva (stili sani di vita)	3, 4, 16, 17	4	- Corso di ginnastica - Corso di alimentazione e prevenzione	Promuovere servizi per la salute fisica, mentale e relazionale nell'anziano	A) INTEGRAZIONE SOCIALE
	2	Anziani	Promuovere la socialità e tempo libero	4, 9, 14, 16	4	- Centri diurni - Soggiorni estivi - Orti sociali - Manifestazioni di ballo		
	3	Anziani	Promuovere servizi d'igiene individualizzati	16, 17	2	- Podologia - Odontoiatria geriatrica Protesi		
	4	Anziani	ADI assistenza domiciliare leggera e/o integrata, mantenimento dell'anziano nel suo contesto	3, 4, 5, 6, 9, 16, 14, 17, 18, 19	10	- Servizi di assistenza domiciliare differenziati e individualizzati	Mantenere l'anziano nel suo contesto attraverso assistenza domiciliare differenziata	B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

	5	Anziani	Infermeria domiciliare, cure domiciliari di prossimità	5, 16	2	- Attività infermieristica (iniezioni, prelievi, medicinali, etc.)		
	6	Anziani	Qualificazione assistenti familiari (badanti)	5, 14, 16	3	- Corsi di formazione		
	7	Anziani	Sicurezza domestica	17	1	- Azione di controllo dei SS		
	8	Anziani	Incremento assistenza domiciliare a malati oncologici in fase avanzata	14	1	- Assistenza domiciliare specializzata		
	14	Anziani	Monitoraggio situazioni di fragilità, prevenzione emarginazione	3, 4, 5, 6, 9, 19	6	- Servizio di telesoccorso - Numero verde	Prevenire situazioni di rischio mediante azioni proattive contro la marginalità	
	15	Anziani	Reti miste per servizi ad anziani disabili	19	1	- Pronto intervento a domicilio		
	4	Anziani	ADI assistenza domiciliare leggera e/o integrata, mantenimento dell'anziano nel suo contesto	3, 4, 5, 6, 9, 16, 14, 17, 18, 19	10	- Servizi di assistenza domiciliare differenziati e individualizzati	Mantenere l'anziano nel suo contesto attraverso assistenza domiciliare differenziata	C) RIDUZIONE COSTO ECONOMICO PER LA FAMIGLIA
	5	Anziani	Infermeria domiciliare, cure domiciliari di prossimità	5, 16	2	- Attività infermieristica (iniezioni, prelievi, medicinali, etc.)		
	6	Anziani	Qualificazione assistenti familiari (badanti)	5, 14, 16	3	- Corsi di formazione		

	7	Anziani	Sicurezza domestica	17	1	- Azione di controllo dei SS		
	8	Anziani	Incremento assistenza domiciliare a malati oncologici in fase avanzata	14	1	- Assistenza domiciliare specializzata		
	18	Anziani	Supporto a famiglie per gestire assistenza	3, 4, 5, 18, 19	5	- Erogazione bonus - Corsi di formazione	Sostenere la famiglia di riferimento mediante interventi formativi, finanziari e di rete	
	3	Diritto alla casa	Mediazione per l'accesso per il mercato della locazione	9	1	- Attività di mediazione	Reperire soluzioni abitative	
	9	Anziani	Riduzione liste attese RSA	16, 17	2	- Riduzione liste RSA	Offrire degenza in RSA	D) SODDISFAZIONE BISOGNO ALLOGGIO ASSISTITO
	10	Anziani	RSA	9	1	- Degenza individuale in RSA		
	16	Anziani	Diversificazione offerta residenziale	3, 4, 5, 6, 18	5	- Alloggio adeguato alle singole esigenze	Offrire servizi residenziali diversificati	
	17	Anziani	Garantire il diritto alla casa	16	1	- Soluzioni abitative individuali (Case di riposo, appartamenti assistiti)		
	11	Anziani	Miglioramento presa in carico territoriale	5, 14	2	- Lavoro di rete tra operatori	Migliorare accesso e la fruibilità dei	E) ACCESSO AI SERVIZI

	12	Anziani	Accesso integrato e miglioramento della fruibilità dei servizi sociosanitari	5, 14	2	- PUA		
	13	Anziani	Accompagnamento agli sportelli socio sanitari	5	1	Care giving individuale		
	1	Area trasversale - organizzativa	Razionalizzazione dei servizi del sistema di mobilità dedicato dei servizi socio sanitari	4, 5, 6	3			
	3	Area trasversale - organizzativa	Accesso integrato ai servizi (PUA)	4, 5, 14, 17	4			
	7	Area trasversale – organizzativa	Integrazione socio sanitaria - riorganizzazione equipe territoriali (MMG, infermiere e AS)	3, 14, 19	3			
	8	Area trasversale - organizzativa	Riduzione liste di attesa ai servizi	14	1			
	11	Area trasversale – organizzativa	Organicità delle prestazioni	16	1			
	1	Povertà ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte contingenti	3, 9, 6, 5	4	- Servizi estemporanei di prima assistenza (vitto, vestiario, alloggio)	Fornire prima assistenza per emergenze	F) PREVENZIONE RISCHI E GESTIONE SITUAZIONI DI EMERGENZA
	2	Povertà ed emarginazione sociale	Foresterie sociali	14	1	- Accoglienza notturna		

	4	Povert� ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte strutturate	6, 5, 9, 14, 18	5	- Centro accoglienza	Fornire accoglienza continuativa	
	7	Povert� ed emarginazione sociale	Monitoraggio dei senza dimora e fasce deboli della popolazione	3, 5, 14	3	- Attivit� di controllo	Supervisionare e tutelare i senza fissa dimora	
	9	Povert� ed emarginazione sociale	Tutoraggio e accompagnamento ai servizi	3	1	- Presa in carico coatta	Tutelare i diritti e favorire l'accesso ai servizi dei soggetti marginali	
	20	Anziani	Interventi economici integrativi del reddito	5, 9	2	- Erogazione assegno minimo vitale	Sostenere la famiglia di riferimento mediante interventi formativi, finanziari e di rete	G) RIDUZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO
	6	Povert� ed emarginazione sociale	Sostenere soggetti in condizioni sfavorevoli con interventi diretti	6	1	- Sussidi e contributi economici ordinari e straordinari - Esenzione tariffe e servizi a domanda individuale - Buoni servizi e buoni acquisti - Prestiti d'onore - Assegno di minimo vitale - Banco alimentare	Erogare contributi contro la povert�	

	1	Diritto alla casa	Erogazione contributo per affittacamere o sistemazioni in residence per emergenze	3	1	- Assegni	Reperire soluzioni abitative	
	2	Diritto alla casa	Misure economiche per pagamento del canone d'affitto	3, 17	2	- Assegni		
	18	Anziani	Supporto a famiglie per gestire assistenza	3, 4, 5, 18, 19	5	- Erogazione bonus - Corsi di formazione	Sostenere la famiglia di riferimento mediante interventi formativi, finanziari e di rete	H) SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
	19	Anziani	Sostegno a gruppi di auto mutuo aiuto per malati di Alzheimer	9	1	- Corsi di formazione - Counselling		
		DISABILITA'						
	1	Disabilità	Interventi educativi per stili di vita sani, corretti e in salute	3, 5	2	- Corso di mobilità - Corso per stili di vita volti alla prevenzione e alla riabilitazione	Promuovere servizi per la salute fisica, mentale e relazionale dei disabili	A) INTEGRAZIONE SOCIALE
	2	Disabilità	Interventi per la socialità e vita	2, 3, 5, 14, 18, 19	6	- Centri per il tempo libero - Attività sportiva - Soggiorni estivi		
	11	Disabilità	Interventi per la psicomotricità	9, 14, 17	3	- Sedute di musicoterapia, ippoterapia, fisioterapia		

	12	Disabilità	Servizi diurni e semi residenziali di tipo riabilitativo, educativo e occupazionale	3, 5, 14, 17	4	- Centri diurni - Lavoro assistito - Attività educativa	Promuovere la riabilitazione fisica e l'integrazione sociale	
	13	Disabilità	Inserimento lavorativo	5, 19	2	- Lavoro assistito		
	14	Disabilità	Monitoraggio delle fragilità dei disabili, evitare stati di abbandono, isolamento	3, 4, 5, 19	4	- Progetto "Dopo di Noi" - Controlli SS	Prevenire l'abbandono e l'isolamento	
	19	Disabilità	Sviluppo percorsi integrati con la scuola per soggetti gravi e gravissimi	14	1	- Progetti Educativi Individuali		
	20	Disabilità	Integrazione bambini disabili nella scuola	6, 17, 18	3	- PEI	Integrare gli alunni disabili nel sistema scolastico	
	21	Disabilità	Assistenza educativa scolastica istituti istruzione secondaria	6	1	- PEI		
	3	Salute mentale	Diagnosi e cura ad personam, terapie per adulti	2, 4, 6, 9, 16	5	- Terapie collettive	Sostenere la salute mentale	
	4	Salute mentale	Sostegno psicologico e terapeutico per lo sviluppo della persona nel suo contesto di riferimento (CSM)	6	1	- CSM		

	5	Salute mentale	Iniziative residenziali e diurne per l'autonomia personale	3, 4, 5, 9, 14, 16	6	- Appartamenti assistiti		
	6	Salute mentale	Diversificazione e qualificazione offerta assistenziale residenziale	4, 5, 6, 16	4	- Comunità terapeutiche		
	8	Salute mentale	Sostegno a gruppi di auto mutuo aiuto	6	1	- Corsi di formazione	Favorire l'inclusione sociale e il sostegno interfamiliare degli utenti CSM	
	9	Salute mentale	Costruzioni di reti sociali di inclusione	5, 6	2	- Counselling		
	10	Salute mentale	Campagne educative di sensibilizzazione verso la malattia mentale	4	1	- Campagne educative	Promuovere campagne di sensibilizzazione verso la malattia mentale	
	11	Salute mentale	Centro diurno, comunità terapeutica, terapeutico riabilitativa e socio riabilitativa	9, 16	2	- Terapia riabilitativa e psicologica	Erogare servizi diurni di riabilitazione e inserimento dei malati di mente	
	13	Salute mentale	Inserimento lavorativo soggetti psichici e valorizzazione attività occupazione	4, 9, 14	3	- Servizio di reinserimento al lavoro	Inserimento lavorativo soggetti psichici	
	7	Disabilità	Assistenza educativa e riabilitativa domiciliare	2, 6, 9, 17	4	- Prestazioni riabilitative individuali	Erogare servizi domiciliari finalizzati a	B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

8	Disabilità	Mantenimento del disabile nel suo contesto e autonomia	5, 6, 9	3	- Assistenza domiciliare generica		
15	Disabilità	Interventi per eliminazione delle barriere architettoniche	2, 3, 5	3	- Rimozione barriere	Abbattere le barriere architettoniche	
3	Disabilità	Sostegno alle famiglie con disabili e/o al <i>care giver</i>	3, 5, 9	3	- Corsi di formazione - Assegni di mantenimento - Consulenza personalizzata	Sostenere la famiglia dei disabili attraverso interventi, finanziari, formativi, assistenziali e di rete	C) RIDUZIONE COSTO ECONOMICO PER LA FAMIGLIA
4	Disabilità	Formazione famiglie e associazioni	2, 5, 17	3	- Corsi di formazione		
5	Disabilità	Sostegno alla disabilità	14	1	Servizi generici		
10	Disabilità	Razionalizzazione del trasporto disabili	5	1	- Trasporto dedicato disabili	Erogare servizi e terapie individualizzati su richiesta e mirati	
3	Diritto alla casa	Mediazione per l'accesso per il mercato della locazione	9	1	- Attività di mediazione	Reperire soluzioni abitative	
6	Disabilità	Differenziare l'offerta di alloggi e strutture e loro qualificazione	3, 5, 6, 14	4	- Alloggio adeguato alle singole esigenze	Adeguate le residenze dei disabili in conformità alle loro esigenze	D) SODDISFAZIONE BISOGNO ALLOGGIO ASSISTITO

	5	Salute mentale	Iniziative residenziali e diurne per l'autonomia personale	3, 4, 5, 9, 14, 16	6	- Appartamenti assistiti	Sostenere la salute mentale	E) ACCESSO AI SERVIZI
	6	Salute mentale	Diversificazione e qualificazione offerta assistenziale residenziale	4, 5, 6, 16	4	- Comunità terapeutiche		
	9	Disabilità	Individualizzazione dei servizi su esigenze personali, aiuto <i>ad personam</i> (anche trasporto disabili)	3, 4, 5, 6, 14, 18	6	- <i>Care giving</i> - Accompagnamento - Trasporto	Erogare servizi e terapie individualizzati su richiesta e mirati	
	10	Disabilità	Razionalizzazione del trasporto disabili	5	1	- Trasporto dedicato disabili		
	15	Disabilità	Interventi per eliminazione delle barriere architettoniche	2, 3, 5	3	- Rimozione barriere	Abbattere le barriere architettoniche	
	18	Disabilità	Sviluppo servizio di monitoraggio disabilità per diagnosi precoce e presa in carico, e riabilitazione	5, 6	2	- Unità funzionali dedicate	Anticipare la diagnosi di disabilità e di presa in carico nei servizi	
	14	Salute mentale	Potenziamento dei servizi di presa in carico	14	1	- Attività di coordinamento	Anticipare prevenzione, diagnosi e presa in carico nei CSM	
	15	Salute mentale	Prevenzione e disagio salute mentale	4,6	2	- Informazione		

	1	Area trasversale - organizzativa	Razionalizzazione dei servizi del sistema di mobilità dedicato dei servizi socio sanitari	4, 5, 6	3		Migliorare accesso e la fruibilità dei servizi e integrarne l'erogazione	
	3	Area trasversale - organizzativa	Accesso integrato ai servizi (PUA)	4, 5, 14, 17	4			
	7	Area trasversale - organizzativa	Integrazione socio sanitaria - riorganizzazione equipe territoriali (MMG, infermiere e AS)	3, 14, 19	3			
	8	Area trasversale - organizzativa	Riduzione liste di attesa ai servizi	14	1			
	11	Area trasversale - organizzativa	Organicità delle prestazioni	16	1			
	12	Area trasversale - organizzativa	Articolazione delle UFSMA in moduli per quartieri	16	1			
	3	Disabilità	Sostegno alle famiglie con disabili e/o al <i>care giver</i>	3, 5, 9	3	- Corsi di formazione - Assegni di mantenimento - Consulenza personalizzata	Sostenere la famiglia dei disabili attraverso interventi, finanziari, formativi, assistenziali e di rete	F) PREVENZIONE RISCHI E GESTIONE SITUAZIONI DI EMERGENZA
	4	Disabilità	Formazione famiglie e associazioni	2, 5, 17	3	- Corsi di formazione		
	5	Disabilità	Sostegno alla disabilità	14	1	Servizi generici		

	1	Povert� ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte contingenti	3, 9, 6, 5	4	- Servizi estemporanei di prima assistenza (vitto, vestiario, alloggio)	Fornire prima assistenza per emergenze
	2	Povert� ed emarginazione sociale	Foresterie sociali	14	1	- Accoglienza notturna	
	7	Povert� ed emarginazione sociale	Monitoraggio dei senza dimora e fasce deboli della popolazione	3, 5, 14	3	- Attivit� di controllo	Supervisionare e tutelare i senza fissa dimora
	8	Povert� ed emarginazione sociale	Integrazione servizi per senza fissa dimora tra dipendenze e salute mentale	5	1	- Presa in carico congiunta	
	9	Povert� ed emarginazione sociale	Tutoraggio e accompagnamento ai servizi	3	1	- Presa in carico coatta	Tutelare i diritti e favorire l'accesso ai servizi dei soggetti marginali

	6	Povert� ed emarginazione sociale	Sostenere soggetti in condizioni sfavorevoli con interventi diretti	6	1	- Sussidi e contributi economici ordinari e straordinari - Esenzione tariffe e servizi a domanda individuale - Buoni servizi e buoni acquisti - Prestiti d'onore - Assegno di minimo vitale - Banco alimentare	Erogare contributi contro la povert�	G) RIDUZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO
	1	Diritto alla casa	Erogazione contributo per affittacamere o sistemazioni in residence per emergenze	3	1	- Assegni	Reperire soluzioni abitative	
	2	Diritto alla casa	Misure economiche per pagamento del canone d'affitto	3, 17	2	- Assegni		
	3	Disabilit�	Sostegno alle famiglie con disabili e/o al <i>care giver</i>	3, 5, 9	3	- Corsi di formazione - Assegni di mantenimento - Consulenza personalizzata	Sostenere la famiglia dei disabili attraverso interventi, finanziari, formativi, assistenziali e di rete	H) SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

FAMIGLIE E MINORI

13	Famiglie e minori	Servizi educativi territoriali	6, 18	2	- Centri diurni		A) INTEGRAZIONE SOCIALE
----	-------------------	--------------------------------	-------	---	-----------------	--	-------------------------

					- Centri gioco		
					- Ludoteche		
					- Centro giovani		
14	Famiglie e minori	Educazione sociale per i giovani orientata alla solidarietà nelle scuole in riferimento a bullismo e vandalismo	2	1	- Corsi a scuola		
15	Famiglie e minori	Diversificazione educativa minori con disagio	3, 19	2	- PEI		
16	Famiglie e minori	Educazione scolastica alla socializzazione verso la diversità	15	1	- Corsi a scuola		
24	Famiglie e minori	Assistenza domiciliare per assistenza minori	9	1	- Assistenza domiciliare	Aiutare famiglie in crisi attraverso mediazione familiare	
1	Salute mentale	Assistenza contro i disturbi alimentari (anoressia e bulimia)	14	1	- Terapie individuale - Assistenza psicologica	Recuperare la salute mentale dell'adolescente	
2	Salute mentale	Servizi anche di comunità terapeutici per adolescenti	4,14	2	- Terapie collettive		

7	Salute mentale	Coinvolgimento di utenti e loro familiari in gruppi e associazioni	6	1	- Formazione e sostegno gruppi mutuo-aiuto	Favorire l'inclusione sociale e il sostegno interfamiliare degli utenti CSM	
3	Famiglie e minori	Sostegno finanziario famiglie fragili	2, 4, 6, 9, 14	5	- Assegni di mantenimento	Sostenere la natalità mediante servizi alle madri	C) RIDUZIONE COSTO ECONOMICO PER LA FAMIGLIA
17	Famiglie e minori	Trasporto scolastico	6	1	- Servizio trasporto	Organizzare il trasporto scolastico	
3	Diritto alla casa	Mediazione per l'accesso per il mercato della locazione	9	1	- Attività di mediazione	Reperire soluzioni abitative	
5	Famiglie e minori	Interventi contro abuso e maltrattamento dei minori	6, 14	2	- Counseling	Fornire assistenza per il recupero di donne e minori soggetti ad abuso	E) ACCESSO AI SERVIZI
6	Famiglie e minori	Servizi assistenza e recupero vittime sfruttamento sessuale	16	1	- Counseling		
8	Famiglie e minori	Assistenza donne - sostegno a donne che hanno subito violenza	3, 9, 19	3	- Counseling		
17	Famiglie e minori	Trasporto scolastico	6	1	- Servizio trasporto		

1	Area trasversale - organizzativa	Razionalizzazione dei servizi del sistema di mobilità dedicato dei servizi socio sanitari	4, 5, 6	3		Migliorare accesso e la fruibilità dei servizi e integrarne l'erogazione	
8	Area trasversale - organizzativa	Riduzione liste di attesa ai servizi	14	1			
11	Area trasversale - organizzativa	Organicità delle prestazioni	16	1			
1	Famiglie e minori	Attività di sostegno alla maternità e al puerperio	3,14,15	3	- Counseling	Sostenere la natalità mediante servizi alle madri	F) PREVENZIONE RISCHI E GESTIONE DI SITUAZIONI DI EMERGENZA
2	Famiglie e minori	Accoglienza per gestanti e madri sole con bambini	3, 9, 15, 16,18	5	- Comunità protette		
5	Famiglie e minori	Interventi contro abuso e maltrattamento dei minori	6, 14	2	- Segnalazioni SS alle autorità giudiziarie	Fornire assistenza per il recupero di donne e minori soggetti ad abuso	
6	Famiglie e minori	Servizi assistenza e recupero vittime sfruttamento sessuale	16	1	- Segnalazioni SS alle autorità giudiziarie		
7	Famiglie e minori	Prevenire emergenze sociali	19	1	- Telefono amico		
8	Famiglie e minori	Assistenza donne - sostegno a donne che hanno subito violenza	3, 9, 19	3	- Segnalazioni SS alle autorità giudiziarie		

25	Famiglie e minori	Collaborazione con organi giudiziari per l'accoglienza temporanea di minori a rischio	9	1	- Casa famiglia	Aiutare minori in difficoltà
6	Dipendenze	Informazione e sviluppo azioni innovative sulle nuove droghe	3	1	- Campagne informative	Prevenire comportamenti devianti
7	Dipendenze	Prevenzione rivolta a giovani ed adolescenti attraverso campagne di formazione (scuola)	3, 5, 9	3	- Campagne informative	
8	Dipendenze	Prevenzione su droghe legali in luoghi di lavoro, studio ed ambiti correlati alla gravidanza	14	1	- Campagne informative	
9	Dipendenze	Prevenzione attraverso educazione dei giovani ad uno stile di vita corretto	9, 18	2	- Campagne informative	
1	Carcere	Prevenzione primaria e secondaria attraverso sviluppo delle competenze genitoriali (formazione)	4	1	- Formazione - Counselling	Prevenire la devianza assistendo la famiglia di origine con attività di formazione

2	Carcere	Consultorio e supporto mirato alla famiglia	4	1	- Formazione - Counselling		
1	Povert� ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte contingenti	3, 9, 6, 5	4	- Servizi estemporanei di prima assistenza (vitto, vestiario, alloggio)	Fornire prima assistenza per emergenze	
6	Povert� ed emarginazione sociale	Sostenere soggetti in condizioni sfavorevoli con interventi diretti	6	1	- Sussidi e contributi economici ordinari e straordinari - Esenzione tariffe e servizi a domanda individuale - Buoni servizi e buoni acquisti - Prestiti d'onore - Assegno di minimo vitale - Banco alimentare	Erogare contributi contro la povert�	G) RIDUZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO
1	Diritto alla casa	Erogazione contributo per affittacamere o sistemazioni in residence per emergenze	3	1	- Assegni	Reperire soluzioni abitative	

2	Diritto alla casa	Misure economiche per pagamento del canone d'affitto	3, 17	2	- Assegni		
1	Famiglie e minori	Attività di sostegno alla maternità e al puerperio	3,14,15	3	- Counseling	Sostenere la natalità mediante servizi alle madri	H) SOSTEGNO RESPONSABILITA' FAMILIARI
2	Famiglie e minori	Accoglienza per gestanti e madri sole con bambini	3, 9, 15, 16,18	5	- Comunità protette		
4	Famiglie e minori	Riduzione IVG	2, 3	2	- Attività medico-consulenziale	Consulenza e formazione di sostegno alla competenza genitoriale	
					- Prevenzione		
					- Educazione sessuale		
18	Famiglie e minori	Consultori e consulenza psicosociale	2, 4, 6, 9	4	- Counseling		
19	Famiglie e minori	Sviluppo competenze genitoriali – attività di formazione	4, 15	2	- Corsi di formazione		
20	Famiglie e minori	Sostegno e formazione per adozione ed affidi	2, 3, 9, 19	4	- Corsi di formazione		
22	Famiglie e minori	Servizi protetti e mediazione familiare	9, 19	2	- Intermediazione rivolta a coppie in crisi con figli		Aiutare famiglie in crisi attraverso mediazione familiare

23	Famiglie e minori	Segretariato sociale per la famiglia	9	1	- Intermediazione rivolta a coppie in crisi con figli		
IMMIGRAZIONE							
1	Immigrazione	Mediazione culturale	3, 4, 5, 14, 19	5	- Formazione del personale per esigenze immigrati	Favorire integrazione degli stranieri attraverso la mediazione culturale	A) INTEGRAZIONE SOCIALE
2	Immigrazione	Inserimento bambini stranieri attività sportiva e scolastica	5, 9, 14, 18	4	- Coordinamento servizi e risorse territoriali		
3	Immigrazione	Apprendimento linguistico	19	1	- Corsi di lingua italiana		
3	Diritto alla casa	Mediazione per l'accesso per il mercato della locazione	9	1	- Attività di mediazione	Reperire soluzioni abitative	C) RIDUZIONE COSTO ECONOMICO PER LA FAMIGLIA
5	Immigrazione	Incremento dell'iscrizione sanitaria stranieri con permesso di soggiorno	14	1		Favorire l'accesso ai servizi della popolazione straniera	E) ACCESSO AI SERVIZI
7	Immigrazione	Incremento e miglioramento della	5, 6	2	- Corsi		

					- Counseling		
10	Immigrazione	Favorire l'accesso ai servizi	4, 5, 9	3	- Sportelli immigrati (casa, lavoro e inclusione sociale)		
11	Immigrazione	Informazione e conoscenza per accesso ai servizi	5, 9, 19	3	- Informazione	Favorire conoscenza e accesso ai servizi	
12	Immigrazione	Garantire accompagnamento ai servizi	9, 19	2	- Percorsi individualizzati		
10	Povertà ed emarginazione sociale	Favorire l'accesso ai servizi socio sanitari e mantenimento della salute di uomini e donne che si prostituiscono	5	1	- Campagne informative	Tutelare i diritti e favorire l'accesso ai servizi dei soggetti marginali	
7	Area trasversale – organizzativa	Integrazione socio sanitaria - riorganizzazione equipe territoriali (MMG, infermiere e AS)	3, 14, 19	3		Migliorare accesso e la fruibilità dei servizi e integrarne l'erogazione	
8	Area trasversale - organizzativa	Riduzione liste di attesa ai servizi	14	1			
11	Area trasversale – organizzativa	Organicità delle prestazioni	16	1			

9	Immigrazione	Favorire inserimento abitativo temporaneo	5, 6	2	- Assegnazione alloggi	Favorire l'accesso ai servizi della popolazione straniera	F) PREVENZIONE RISCHI E GESTIONE DI SITUAZIONI DI EMERGENZA
1	Povertà ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte contingenti	3, 9, 6, 5	4	- Servizi estemporanei di prima assistenza (vitto, vestiario, alloggio)	Fornire prima assistenza per emergenze	
2	Povertà ed emarginazione sociale	Foresterie sociali	14	1	- Accoglienza notturna		
4	Povertà ed emarginazione sociale	Soddisfare bisogni primari attraverso risposte strutturate	6, 5, 9, 14, 18	5	- Centro accoglienza	Fornire accoglienza continuativa	
7	Povertà ed emarginazione sociale	Monitoraggio dei senza dimora e fasce deboli della popolazione	3, 5, 14	3	- Attività di controllo	Supervisionare e tutelare i senza fissa dimora	
9	Povertà ed emarginazione sociale	Tutoraggio e accompagnamento ai servizi	3	1	- Presa in carico coatta	Tutelare i diritti e favorire l'accesso ai servizi dei soggetti marginali	

6	Povert� ed emarginazione sociale	Sostenere soggetti in condizioni sfavorevoli con interventi diretti	6	1	<ul style="list-style-type: none"> - Sussidi e contributi economici ordinari e straordinari - Esenzione tariffe e servizi a domanda individuale - Buoni servizi e buoni acquisti - Prestiti d'onore - Assegno di minimo vitale - Banco alimentare 	Erogare contributi contro la povert�	G) RIDUZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO
1	Diritto alla casa	Erogazione contributo per affittacamere o sistemazioni in residence per emergenze	3	1	- Assegni	Reperire soluzioni abitative	
2	Diritto alla casa	Misure economiche per pagamento del canone d'affitto	3, 17	2	- Assegni		
6	Immigrazione	Educazione alla maternit� e paternit� nella popolazione straniera per riduzione IVG	14	1	- Counseling	Consulenza e formazione di sostegno alla competenza genitoriale	H) SOSTEGNO RESPONSABILITA' FAMILIARI