

La disabilità in Toscana

Secondo rapporto - Anno 2016



Regione Toscana



La disabilità in Toscana. Secondo rapporto - anno 2016

Regione Toscana

Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Settore Governance e Programmazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali

Osservatorio Sociale Regionale

L'Osservatorio Sociale Regionale è una struttura organizzativa della Regione Toscana finalizzata alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di monitoraggio ed analisi di impatto delle relative politiche (L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" art. 40). Tali compiti sono assegnati all'Osservatorio Sociale Regionale anche per specifici fenomeni quali la violenza di genere (L.R. 59/2007 "Norme contro la violenza di genere" art. 10), l'immigrazione (L.R. 29/2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana" art. 6 comma 13), il disagio abitativo (L.R. 75/2012 "Misure urgenti per la riduzione del disagio abitativo. Istituzione delle commissioni territoriali per il contrasto del disagio abitativo" art. 3, commi 1 e 2) e le condizioni di vita di minori e famiglie (L.R. 31/2000 "Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza" art. 2, comma 2, lettera a).

Per il download della pubblicazione e per approfondimenti e maggiori dettagli consultare il sito: <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>

La georeferenziazione dei Centri SportHabile e delle associazioni/società/gruppi sportivi che svolgono attività rivolte a persone con disabilità, a cura di Viviana Cossi, è consultabile alla pagina: <http://mappe.regione.toscana.it/tolomeo.html?preset=31325>

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura della Biblioteca del Consiglio regionale della Toscana:

La disabilità in Toscana : secondo rapporto : anno 2016 / Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore governance e programmazione del Sistema integrato dei servizi sociali, Osservatorio sociale regionale ; a cura di Luca Caterino e Filippo Tosi ; introduzione e coordinamento del gruppo di lavoro di Massimiliano De Luca. - Firenze : Regione Toscana, 2016

1. Caterino, Luca 2. Tosi, Filippo 3. De Luca Massimiliano 4. Toscana <Regione>. Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale. Settore Governance e programmazione del Sistema integrato dei servizi sociali. Osservatorio sociale regionale

362.409455

Disabilità - Toscana - Rapporti di ricerca

Indice

Prefazione.....	9
Introduzione. L'accessibilità è prima di tutto un problema culturale.....	11
1. Il quadro nazionale e regionale della disabilità	15
1.1 Una stima delle persone con disabilità	15
1.2 La non autosufficienza	21
2. L'inclusione scolastica e lavorativa	31
2.1 Il contesto scolastico: gli alunni con Bisogni Educativi Speciali	31
2.2. L'inclusione degli studenti con svantaggio nei percorsi di studio universitari	48
2.3. Disabilità e lavoro	54
2.3.1 Il Collocamento mirato	56
3. Le politiche per la disabilità della Regione Toscana	61
3.1 Politiche per l'inclusione nella società e per il miglioramento dei servizi socio-sanitari	62
3.1.1 Gli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile	62
3.1.2 Semplificazione delle procedure di accertamento della condizione di disabilità	62
3.1.3 Interventi per il contrasto del disagio sociale	63
3.1.4 Le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza e altre misure approvate dalla Giunta Regionale	64
3.1.5 Il progetto "Vita indipendente"	65
3.1.6 Il "Dopo di noi"	67
3.1.7 Azioni di sistema per il miglioramento dei servizi socio-sanitari	70
3.2 Politiche per l'inclusione scolastica	73
3.2.1 Progetti Educativi Zonali (PEZ) e inclusione scolastica degli alunni con disabilità	73
3.2.2 Trasporto scolastico e assistenza educativa	76
3.2.3 Interventi per il Diritto allo Studio Universitario (DSU)	76
3.3 Politiche per l'inserimento lavorativo	77
3.3.1 Tirocini non curriculari	77
3.3.2 Diritto al lavoro	78
3.3.3 Incentivi per le assunzioni e Fondo Regionale	79
3.3.4 Servizi di accompagnamento al lavoro di disabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali	81
3.3.5 Agricoltura sociale	82
3.4 Accessibilità di edifici e spazi pubblici e mobilità di persone con disabilità	82
3.4.1 I piani per l'accessibilità	82
3.4.2 I contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni	83
3.4.3 I contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche per gli Enti Pubblici	84
3.4.4 Le politiche per la mobilità: il trasporto pubblico locale	84
3.4.5 Il trasporto ferroviario	85
3.4.6 Il trasporto sociale	88

3.4.7 La Scuola Nazionale cani guida per ciechi e la stamperia Braille	89
3.4.8 Le attività in accordo con l'Ente Nazionale Sordi	90
4. Sport e disabilità	93
4.1. Breve excursus storico a livello internazionale e nazionale	94
4.2 Sport e disabilità in Toscana	97
4.3. Le strutture sportive accessibili: il progetto SportHabile	99
4.4 Sport e disabilità: indagine sulle associazioni e sui gruppi sportivi in Toscana	104
5. Il progetto sperimentale per l'adattamento degli ambienti domestici	123
5.1 Gli elementi innovativi del progetto sperimentale	125
5.2. I nodi critici da risolvere	128
5.3. Una buona pratica per tutto il territorio	129
Bibliografia.....	133
Appendice: sport e disabilità, questionario per società, associazioni e gruppi sportivi	137
Nota sugli autori.....	143

«Nulla è più ingiusto che fare parti
uguali tra disuguali»

Don Milani

Prefazione

Questo che presentiamo è il secondo report sulla disabilità in Toscana realizzato dal nostro Osservatorio Sociale; costituisce un approfondimento che ci permette di avere una maggiore conoscenza dei fenomeni, delle politiche e delle problematiche sul tema. La convinzione della necessità di supportare con oggettive basi conoscitive l'azione politica in un campo così complesso e articolato, è alla base di questo studio organico: oggi, a meno di un anno dal report precedente, possiamo presentare un aggiornamento non solo sui dati di contesto, ma anche sulle molte azioni messe in campo dalla Regione Toscana.

Avevamo, un anno fa, affermato che per una società "avanzata" una delle sfide più rilevanti è la tutela delle persone fragili e con disabilità. Oggi leggendo questo report possiamo senza dubbio leggere una evoluzione e un arricchimento dell'azione politica in tal senso; una evoluzione e un aggiornamento alimentato dal confronto continuo, caparbio e incessante con le associazioni e con i numerosi *stakeholders* che ci fanno ritenere di essere sulla giusta strada.

La sfida della tutela delle persone con disabilità è oggi ancora più rilevante e ambiziosa non solo perché c'è una più diffusa consapevolezza dei diritti, ma anche perché la concepiamo come una promozione di azioni concrete per l'autonomia e la vita indipendente. Tra le diverse azioni perseguite, la costituzione di un tavolo permanente interdirezionale che coinvolge tutti i settori dell'Amministrazione che si occupano di disabilità a diverso titolo, e che impone loro un confronto approfondito e costante; una iniziativa che vuol essere il segno tangibile della nostra volontà di coordinare non solo le singole azioni e le iniziative, ma anche le risorse e le politiche sul tema.

Un'altra novità è il Portale *Toscana Accessibile*, che rappresenta uno strumento importante per la promozione e l'affermazione del diritto all'informazione e all'accesso senza discriminazione ai servizi, ampliando il tema dell'accessibilità non solo agli spazi urbani, ma allo studio e alla cultura; tutto questo rappresenta per noi oggi un pezzo importante di questa sfida. Non a caso la seconda conferenza sulla disabilità è dedicata proprio a Toscana Accessibile.

Oltre a progetti e servizi – come il Fondo per la Vita Indipendente, peraltro rinnovato e semplificato nelle procedure, quello per le gravissime disabilità e il Bando europeo per l'accompagnamento al lavoro – in questi anni abbiamo lavorato nella direzione della promozione dell'autonomia attraverso politiche mirate, come le consulenze di adattamento domestico per migliorare il benessere ambientale nel pieno spirito del modello ICF, realizzate dal CRID in collaborazione con il Dipartimento di Architettura e il CNR.

Tutto il sistema socio-sanitario del territorio svolge un lavoro costante sulla disabilità, sovente nel silenzio e lontano dai riflettori. È doveroso ricordare l'impegno delle commissioni multidisciplinari delle SDS e Zone Distretto, i servizi sociali, i Centri di Socializzazione, le associazioni impegnate nell'*accompagnamento sociale*, le Fondazioni *Dopo di Noi* e quelle del *Durante e dopo di noi*. È anche a loro, alle migliaia di operatori che dedichiamo questo lavoro, per suscitare l'interesse, ma anche una riflessione critica e soprattutto per dire grazie per il loro lavoro quotidiano.

Stefania Saccardi

*Assessore al Diritto alla salute, al welfare,
all'integrazione socio-sanitaria e allo sport
Regione Toscana*

Introduzione. L'accessibilità è prima di tutto un problema culturale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la disabilità come *"qualsiasi limitazione o perdita (...) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano"* a seguito di una patologia, ma anche a causa del normale processo di senescenza. Lo stato di disabilità, cioè, è una condizione misurabile attraverso il *gap* rilevato nella realizzazione delle diverse funzionalità rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Altro è il concetto di *handicap*, che è invece riferito allo *svantaggio* che limita (o impedisce) l'adempimento delle potenzialità del soggetto; è in questo senso, sempre secondo l'OMS, che l'*handicap* *"...riflette le conseguenze culturali, sociali, economiche e ambientali che per l'individuo derivano da menomazione o disabilità"* e quindi che la portata dello svantaggio è diretta funzione dell'ambiente di vita. Talvolta - erroneamente - i due termini, traslati in forma di aggettivo, vengono utilizzati come sinonimi; in realtà essi si rapportano come due facce della stessa medaglia, correlati ma distinti, che necessitano ognuno di interventi specifici diversi tra loro.

Il problema della definizione non è secondario: la semeiotica ha approfondito il modo in cui gli atti linguistici producono *effetti di senso*, teorizzando che sistemi di segni sono responsabili della trasformazione sia dei codici, che dei soggetti che quei codici usano, e infine dei sistemi stessi nei quali sono inseriti. Ciò vale a dire che un corretto inquadramento del tema è propedeutico ad una analisi in grado di ispirare la progettazione e quindi la realizzazione di strategie mirate alla risoluzione dei problemi che pone. In questo senso potremmo senz'altro affermare che *le parole sono pietre*, perché il loro utilizzo influenza la cornice culturale nella quale sono inserite e conseguentemente il significato che assumono per coloro che a tale contesto fanno riferimento, anche nel loro conformarsi a presunte esigenze di *politically correct*: come quando si sostituisce il più diretto termine "disabile" con "diversamente abile" - operazione semantica più che corretta, a patto però di non dimenticare che *la "diversità" di cui stiamo parlando costituisce nella quasi totalità dei casi uno svantaggio*; altrimenti è solo un modo per minimizzare un problema allo scopo di nascondere, piuttosto che affrontarlo.

È evidente che il problema dell'accessibilità è innanzi tutto un problema culturale, vale a dire una questione di *priorità percepite*: i nostri spazi di vita sono infatti costruiti su misura rispetto a limitazioni riconosciute come "normali": ascensori che ci permettono di salire all'ultimo piano di case o addirittura grattacieli, veicoli che ci trasportano in luoghi irraggiungibili a piedi in tempi brevi, tecnologie che ci consentono di comunicare, organizzare ed elaborare dati impossibili da memorizzare. Tutti quanti sperimentiamo dei limiti - chi più chi meno: il punto è quello di creare l'ambiente idoneo a superarli, a partire dalle esigenze di chi ha maggiori difficoltà. *È, questo, un problema di quantità, non di qualità*: spesso gli ausili sono gli stessi, solo richiedono degli adattamenti: rampe più basse per l'accesso ai mezzi pubblici, porte più ampie per gli ascensori,

spazi adeguati per i bagni, interfaccia web accessibili. Accorgimenti che di fatto permettono il godimento di *diritti* altrimenti negati. Perché l'*abilità* a cui fa riferimento, appunto per negazione, il termine "disabile", *non è semplicemente la capacità di compiere autonomamente azioni, ma quella di assumere il controllo della propria vita scegliendo liberamente il modo di condurla.*

È un problema di quantità, non di qualità, come detto: le nostre città spesso presentano ostacoli anche per persone che, a stretto rigore, non sono disabili, ma le cui vite, chi più chi meno, sono comunque gravate da *handicap* (cioè svantaggi) provocati dall'ambiente: un esempio su tutti, le tante persone anziane penalizzate dall'assenza di un servizio di trasporto pubblico capillare, da marciapiedi sconnessi che le espongono al rischio di cadere, da scalinate o rampe di accesso ad autobus e treni difficili da superare. Di fatto limitate nelle loro scelte, e quindi nel diritto ad esercitare pienamente la loro *abilità* di vivere la loro vita scegliendo tra le diverse opzioni (teoricamente) a loro disposizione. Le tendenze demografiche ci impongono di ripensare i contesti urbani per quelle che, nell'arco di venti-trenta anni, saranno le necessità della maggior parte della popolazione. Le *priorità percepite* si stanno rapidamente aggiornando.

Tutelare il diritto di un soggetto significa riconoscere la sua titolarità ad esercitarlo e quindi la sua condizione di pari dignità; altro è *concederlo*, come se quel diritto fosse un *benefit* di cui usufruire in via eccezionale. Non ci possono essere dubbi su questo; eppure, ancora oggi le persone disabili si trovano spesso a subire una condizione di *doppia esclusione*, dovuta non solo alla malattia (o alla menomazione) – su cui possiamo agire attraverso supporti terapeutici o ausili adeguati – ma anche ad una *costruzione sociale* che influenza il modo con cui le altre persone concepiscono la loro condizione, impropriamente *assimilando le maggiori difficoltà ad una ridotta volontà di superarle, immaginando per loro non un mondo di pari opportunità, ma solo semplificato*, focalizzato su alcune funzionalità di base che rispondono in minima parte ai loro bisogni e alle loro aspirazioni. Per questo agire sul piano culturale è importante quanto e come su quello infrastrutturale: le persone disabili sono, senza alcun dubbio, *soggetti di diritto*, e non oggetto di assistenza, e neppure una sorta di *corporazione* da tutelare.

Eppure, basta guardarsi intorno con un minimo di attenzione per accorgersi dell'esistenza di situazioni che nel loro impedire l'esercizio di un diritto, si configurano come una condizione penalizzante. Per fare un esempio, tra i molti, l'impossibilità di usufruire del minor prezzo del carburante per le auto in quei distributori dove è attiva (e sono sempre di più) l'opzione "self service": a causa di ciò un automobilista disabile che ha difficoltà a scendere dall'auto, secondo un calcolo basato su recenti stime, è costretto a spendere tra i 450 e i 600 euro l'anno in più di quanto *potrebbe*¹. È solo un

¹ Poiché la differenza di media del prezzo tra il carburante "servito" ed il self service – secondo i dati riportati in una interrogazione al Ministro dello Sviluppo Economico nel marzo di quest'anno – ammonta a 8,8 centesimi di euro in più al litro per la benzina e 9,1 centesimi per il

esempio, come detto, forse solo di relativa importanza, ma che ben evidenzia come il mancato godimento di un diritto (nel caso specifico potremmo definirla “opportunità”) si traduca *automaticamente* in uno svantaggio.

Le ambizioni e i desideri di ognuno – e i percorsi che ne conseguono per realizzarli – sono influenzati da variabili diverse e di difficile determinazione (sia nell’oggetto che nell’incidenza complessiva nel processo). La disabilità, in particolare, *si caratterizza nella sua intervenienza nei diversi cicli di vita*, e per questo motivo è necessario lavorare per sostenere con continuità i percorsi individuali, favorendo una sempre maggiore interconnessione tra la formazione scolastica e l’avviamento al lavoro, e definire sin dall’età giovanile il progetto relativo al “dopo di noi” per assicurare alla persona il mantenimento dell’autonomia e della qualità di vita raggiunta anche quando la sua rete di protezione familiare sarà venuta meno, e creando le condizioni per permettere ad ognuno di scegliere tra tutte le opzioni che sono a disposizione, e non solo tra quelle “possibili”.

* * *

Questo lavoro si è proposto di delineare, in continuità con il rapporto dell’anno precedente, i dati di contesto a livello regionale, soffermando l’attenzione sulle principali dimensioni che caratterizzano i diversi cicli di vita: il percorso scolastico e formativo, l’avviamento e la carriera lavorativa, la domanda e la risposta dei servizi per la non autosufficienza.

Sono state inoltre approfondite le più recenti politiche attivate dalla Regione Toscana, che ricomposte nella loro complessità, concorrono a strutturare una risposta articolata ai diversi bisogni che derivano dalla condizione di disabilità dei cittadini che vivono sul territorio. A partire dagli interventi per l’inclusione nella società e per il miglioramento dei servizi socio-sanitari (tra cui Il progetto “Vita indipendente” e il “Dopo di noi”), le azioni di sistema per il miglioramento dei servizi socio-sanitari, per l’accessibilità, la mobilità, l’inclusione scolastica e l’inserimento lavorativo; senza dimenticare l’attività oramai pluriennale della Scuola Nazionale cani guida per ciechi e della stamperia Braille, l’unica pubblica esistente in Italia.

In particolare, è stato approfondito il tema dello sport attraverso una *survey* mirata a ricostruire una mappatura degli impianti accessibili, nonché degli atleti praticanti, e la sperimentazione del *Bando di adattamento domestico* promosso dall’Amministrazione attraverso il Centro Regionale di Informazione e Documentazione per l’Accessibilità (CRID) per rispondere alle esigenze di adeguamento delle abitazioni delle persone con

gasolio, calcolando una percorrenza media di 10.000 km l’anno ed un consumo di 15 km/litro per un’auto a benzina e 20 km/litro per una a gasolio, la persona disabile è costretta a spendere in più circa 600 euro l’anno per le auto a benzina e 450 euro per quelle a gasolio. Naturalmente si tratta di un calcolo solo indicativo, che non tiene conto di altre variabili (come, ad esempio, una possibile percorrenza media annua maggiore da parte dei disabili).

disabilità grave. Uno sforzo di selezione, raccolta e analisi dei dati che è stato reso possibile anche grazie alla collaborazione dei diversi Uffici regionali, il cui prezioso contributo confidiamo possa trovare un adeguato corrispettivo nel potersi oggi avvalere, quale strumento di lavoro, di questo report.

Inutile dire che il presente ci pone sfide ineludibili e che la strada è ancora lunga, e non si esaurisce nel pur ambizioso progetto di favorire l'inclusione – sociale e lavorativa – anche attraverso l'adeguamento degli ambienti di vita nel senso dell'accessibilità, perché, una volta eliminate le diverse condizioni di svantaggio (ammesso sia possibile), restano comunque intatte da affrontare le stesse complessità di coloro che si trovano nella condizione di non dover scontare nessun *gap*.

A partire dall'inevitabile considerazione di carattere generale, ovvero se la società si stia davvero evolvendo nella direzione di offrire ad ognuno, secondo le proprie esigenze, la possibilità di (almeno) *provare* ad autodeterminare la propria esistenza, l'unico indicatore attendibile dell'azione di *policy* non può essere altro che quello relativo a quanti riescono a realizzare le proprie aspettative – non solo a livello lavorativo, ma anche sociale e (non dimentichiamolo mai) *affettivo* – e, tra questi, quanti sono i disabili. *Perché, se le difficoltà sono diverse, le domande sono le stesse per tutti*. Così come i diritti.

La disabilità è uno di quei temi che ci consentono di osservare il mondo da una prospettiva più ampia, e così facendo di riconoscere l'esistenza e l'inaspettata portata dei nostri limiti, scoprendo quanto siano piccole distanze che superficialmente invece appaiono incolmabili. Una buona lezione che riguarda molti aspetti della vita di tutti noi.

Massimiliano De Luca

*Coordinatore Gruppo di lavoro sulla disabilità
Osservatorio Sociale Regionale*

1. Il quadro nazionale e regionale della disabilità

«Nella vita reale non c'è alcun
uomo medio»

Aldous Huxley

1.1 Una stima delle persone con disabilità

Il presente paragrafo restituisce una sintetica quantificazione della numerosità dei soggetti con disabilità nel contesto toscano e nel panorama nazionale attingendo alle principali fonti oggi disponibili, aggiornando il dato presente nel Primo Rapporto sulla Disabilità in Toscana (Caterino *et al.*, 2015), di cui è stata mantenuta la struttura.

Come già evidenziato anche nel precedente rapporto, la stima della numerosità dei soggetti con disabilità è una operazione più complessa di quanto possa apparentemente sembrare. Per farlo, infatti, non si può prescindere dall'affrontare due questioni di cruciale importanza: il problema della definizione del soggetto disabile, e gli strumenti che utilizziamo per accertarne e determinarne le condizioni. Seguire un approccio anziché un altro conduce, come vedremo tra breve, a variazioni significative nelle stime. A tal fine è utile ricordare che nel maggio 2001, in occasione della 54ª riunione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto l'*International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tale documento ha rivoluzionato il concetto di disabilità, centrandolo non più sulla malattia o sulla menomazione come causa di riduzione delle capacità funzionali, bensì sulla persona stessa intesa nella sua globalità e sull'interazione tra le sue condizioni di salute e i contesti ambientale e sociale nei quali è inserita. Questo nuovo approccio alla disabilità è stato sancito anche dalla "Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità" (lett. e) del preambolo) ratificata dal Parlamento italiano con la legge numero 18 del 3 marzo 2009. Come intuibile, questo nuovo approccio, se da un punto di vista teorico ne mette a punto la definizione, sul piano pratico non agevola l'operazione di quantificazione della numerosità dei disabili.

Anche la metodologia utilizzata per accertarne e determinarne le condizioni incide sulle stime. Ad esempio, come vedremo in seguito, procedere ad una valutazione da parte di specialisti oppure chiedere una opinione mediante intervista sulle proprie limitazioni funzionali può modificare la quantificazione del fenomeno. Alle due questioni citate è da aggiungere una terza legata alle finalità della rilevazione. Infatti, alcune delle indagini non si propongono quale obiettivo quello di stimare quante sono le persone con disabilità presenti in un determinato contesto territoriale, ma hanno solo l'intento di fornire un quadro esaustivo su un determinato strumento o su una specifica politica, effettuando così una quantificazione del fenomeno di interesse solo in maniera indiretta. E' chiaro tuttavia che tale procedura condurrà a valori differenti da altre proprio in quanto condotta con finalità – e spesso anche metodologie – diverse.

Per quanto riguarda i contesti regionale e nazionale sono principalmente tre le fonti informative che forniscono una quantificazione generale delle persone con disabilità². Secondo quanto detto sinora ognuna di esse rappresenta e quantifica in maniera diversa l'universo dei soggetti con disabilità, contribuendo tuttavia a fornire informazioni utili, peculiari e necessarie per ricostruire il quadro complessivo. Il confronto tra le diverse fonti consentirà al lettore, dopo che avremo analizzato sinteticamente le distinte metodologie d'indagine, di identificare quantomeno l'ordine di grandezza del fenomeno di interesse.

La prima stima della numerosità dei soggetti con limitazioni funzionali è quella basata su dati Istat (2014)³. La quantificazione del fenomeno, distinta per sesso, nei contesti territoriali provinciale, regionale e nazionale è riportata nella seguente tabella 1.1.

Tabella 1.1 - Stima della numerosità dei soggetti con limitazioni funzionali effettuata su dati Istat (2014) distinta per sesso. Valori per provincia e totali regionale e nazionale. Anno 2016.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Arezzo	6.644	12.845	19.489
Firenze	19.235	38.215	57.450
Grosseto	4.264	8.400	12.664
Livorno	6.438	12.702	19.140
Lucca	7.471	14.672	22.143
Massa-Carrara	3.776	7.415	11.191
Pisa	8.109	15.656	23.765
Pistoia	5.565	10.968	16.533
Prato	4.882	9.405	14.287
Siena	5.128	10.133	15.261
Regione Toscana	71.512	140.411	211.923
ITALIA	1.148.797	2.215.855	3.364.652

Fonte: i dati riportati sono frutto di una stima realizzata applicando i tassi di limitazione funzionale per sesso riportati in Istat (2014). Tali tassi sono stati relativizzati al contesto toscano secondo il rapporto tra il tasso totale nazionale e quello toscano, e successivamente applicati

² Nel Primo Rapporto sulla Disabilità in Toscana (Caterino *et al.*, 2015) era stata inserita in questo capitolo anche la stima fornita dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana relativa ai soggetti con più di 65 anni. Nel presente rapporto tale stima è stata invece inserita nel capitolo dedicato alla non autosufficienza in età anziana. Una ulteriore fonte informativa riguarda l'indagine effettuata dalla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana riferita al 2013 e basata su informazioni provenienti dalle singole zone-distretto. Tale indagine quantifica i soggetti con disabilità tra zero e 64 anni in 73.547, di cui 25.207 in situazione di gravità (art. 3 c.3 della legge 104/1992).

³ L'Istat, recependo le indicazioni dell'*International classification of functioning, disability and health* (ICF), non parla più di disabilità ma di limitazioni funzionali per indicare le difficoltà che un individuo può (ma non necessariamente deve) incontrare.

alla popolazione residente suddivisa per sesso nelle varie Province, nella Regione Toscana e in Italia al 1° gennaio 2016. I dati riportati riguardano esclusivamente i soggetti con 6 anni e più non ricoverati in residenza. Per un approfondimento sulla metodologia utilizzata da Istat per la stima dei tassi di limitazione funzionale qui utilizzati si veda Istat (2014).

L'indagine campionaria Istat alla base delle stime presentate in tabella identifica quale persona con limitazioni funzionali quella che dichiara il massimo grado di difficoltà nello svolgimento di attività in una o più delle dimensioni previste (fisica, autonomia nella cura della persona, comunicazione) considerando gli ausili normalmente utilizzati ed escludendo le limitazioni temporanee. Pur precisando che l'indagine non tiene conto dei soggetti con età inferiore ai sei anni e di tutti coloro ospitati permanentemente in istituto, è plausibile pensare che il valore fornito da questa indagine sia una sovrastima, visto che sono gli intervistati a dare una valutazione soggettiva dei loro livelli di autonomia⁴. Tali valutazioni possono pertanto variare non solo per le reali condizioni di salute ed autonomia, ma anche per differenze culturali, cognitive o di altro genere del soggetto intervistato. I dati mostrano una numerosità di soggetti con limitazioni funzionali che supera le 210mila unità in Toscana e i 3 milioni e 350mila in Italia⁵. Il dettaglio per sesso mostra – come atteso – valori ben più elevati per le donne. La seconda fonte informativa è quella proveniente dalla banca dati disabili Inail e riguardante i titolari di rendita. Tali informazioni, dettagliate anche per tipo di disabilità del beneficiario della rendita e per incidenza dei disabili sul totale della popolazione, sono riportate nella seguente tabella 1.2.

⁴ Una indicazione in merito alla numerosità dei soggetti ospitati in residenze è fornita da Istat (2014a). Al 31 dicembre 2012 erano presenti in Toscana 18.464 ospiti – minori, adulti o anziani – in Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. In Italia tale numero era pari a 354.777.

⁵ La stima qui presentata per la Regione Toscana per il 2016 è superiore a quella presentata per il medesimo contesto territoriale per il 2015 inserita nel Primo Rapporto sulla Disabilità in Toscana (Caterino *et altri*, 2015), pari a circa 203mila soggetti. La diversità della stima è da associare sia al noto processo di invecchiamento della popolazione, che concorre a determinare un aumento dei soggetti con limitazioni funzionali, e sia alla diversa metodologia utilizzata.

Tabella 1.2 - Persone con disabilità titolari di rendita Inail per tipo di disabilità al 31 dicembre 2015 e loro incidenza percentuale sul totale della popolazione. Valori per provincia e totali regionale e nazionale.

	Motoria	Psico-sensoriale	Cardio-respiratoria	Altre	Totale	Incidenza su pop. tot. (val. %)
Arezzo	3.808	1.113	190	2.566	7.677	2,22
Firenze	4.914	1.597	587	3.097	10.195	1,01
Grosseto	1.409	585	559	528	3.081	1,38
Livorno	3.971	1.272	518	1.207	6.968	2,06
Lucca	4.404	2.925	832	2.523	10.684	2,73
Massa Carrara	1.764	1.189	750	973	4.676	2,36
Pisa	4.131	1.661	1.004	2.259	9.055	2,15
Pistoia	2.197	762	172	1.255	4.386	1,50
Prato	1.787	1.060	123	991	3.961	1,56
Siena	1.806	653	179	1.001	3.639	1,35
Regione Toscana	30.191	12.817	4.914	16.400	64.322	1,72
Italia	309.314	132.233	39.499	161.049	642.095	1,06

Fonte: i dati sono desunti dalla Banca dati disabili Inail. Le informazioni inserite nella colonna relativa all'incidenza percentuale sulla popolazione totale sono frutto di una elaborazione su dati in tabella e su informazioni relative alla popolazione al 1 gennaio 2016 tratte da Istat (demo.istat.it).

Come accennato, il dato fornito da Inail esprime la numerosità di soggetti titolari di rendite dirette a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale. Nello specifico essi comprendono: per gli eventi anteriori al 25 luglio 2000 le persone indennizzate in rendita con grado di "inabilità permanente" maggiore o uguale all'11%; mentre per quelli posteriori a tale data i soggetti indennizzati in rendita con grado di "menomazione permanente dell'integrità psicofisica" maggiore o uguale al 16%⁶. Nonostante vengano esclusi solo i casi di inabilità o menomazione inferiore all'11% o al 16%, è presumibile che tale stima sia una sottovalutazione del fenomeno, in quanto comprendente solo fattispecie legate all'ambito lavorativo. I dati mostrano che in Toscana sono oltre 64mila i soggetti titolari di rendite dirette Inail (quasi 650mila in Italia), pari ad una incidenza sulla popolazione complessiva di 1,72 punti percentuali

⁶ Come indicato nelle note della Banca dati disabili dell'INAIL il 25 luglio 2000 è la data di entrata in vigore della normativa sul "danno biologico" (art. 13 D. Lgs. 38/2000) che ha rivisto alcune disposizioni in materia.

(1,06 in Italia). La tabella mostra anche le informazioni riguardanti la tipologia di disabilità, le quali mettono in rilievo che quella motoria risulta in genere la prevalente. La terza e ultima fonte informativa è la banca dati statistica dell'Inps, che quantifica la numerosità dei beneficiari di indennità per invalidità civile. Tali informazioni, insieme all'incidenza sulla popolazione totale, sono contenute nella seguente tabella 1.3.

Tabella 1.3 - Numero di beneficiari di indennità per invalidità civile e incidenza percentuale dei soggetti con indennità per invalidità civile sul totale della popolazione. Valori per provincia e totali regionale e nazionale. Anno 2016.

Ambito territoriale	Numero di beneficiari di indennità per invalidità civile	Incidenza sulla popolazione totale (val. %)
Arezzo	10.496	3,04
Firenze	24.881	2,46
Grosseto	8.633	3,86
Livorno	10.696	3,16
Lucca	13.880	3,55
Massa-Carrara	6.657	3,37
Pisa	14.639	3,48
Pistoia	9.943	3,41
Prato	5.782	2,28
Siena	9.541	3,54
Regione Toscana	115.148	3,08
Italia	2.045.804	3,37

Fonte: i dati sono desunti dalle Banche Dati Statistiche dell'Inps (pensioni vigenti, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni agli invalidi civili per residenza del titolare). Le informazioni inserite nella colonna relativa all'incidenza percentuale sulla popolazione totale sono frutto di una elaborazione su dati in tabella e su informazioni relative alla popolazione al 1 gennaio 2016 tratte da Istat (demo.istat.it).

La tabella riporta la numerosità per ogni ambito territoriale considerato dei beneficiari di indennità per invalidità civile al 1° gennaio 2016. Le prestazioni per gli invalidi civili gestite da Inps sono 11 e sono distinguibili in due distinte tipologie: indennitarie (ossia riferite al tipo di invalidità civile e indipendenti dal reddito) o pensionistiche (cioè legate a requisiti reddituali). Per le loro caratteristiche l'analisi delle prestazioni indennitarie risulta più adeguata per fornire una stima della numerosità delle persone con disabilità. Le prestazioni indennitarie si distinguono a loro volta in alcuni strumenti: indennità ventesimisti (prestazioni ai ciechi civili), indennità di comunicazione (prestazioni ai sordomuti), indennità di accompagnamento agli invalidi totali (prestazioni agli invalidi totali), indennità di frequenza minori e indennità di accompagnamento agli invalidi parziali (prestazione agli invalidi parziali). I beneficiari di

tali prestazioni indennitarie superano le 115mila unità in Toscana e i 2 milioni in Italia. Per quanto riguarda l'incidenza sulla popolazione totale, essa supera di poco i tre punti percentuali nel contesto regionale mentre risulta leggermente più elevata in quello nazionale. Da notare che nel Primo Rapporto sulla disabilità in Toscana la stima era stata condotta utilizzando esclusivamente i titolari di indennità di accompagnamento agli invalidi totali, ossia quel beneficio economico riconosciuto a coloro che risultano invalidi al 100% e impossibilitati a deambulare o svolgere atti della vita quotidiana senza un aiuto permanente. Tali soggetti risultavano nel 2015 pari a 98.631 in Toscana, mentre nel 2016 sono 99.068 nella regione e 1.737.822 in Italia. Quale chiusura di capitolo è utile osservare la serie storica dal 2002 del numero di beneficiari di indennità per invalidità civile in Toscana e in Italia. Tale informazione, mostrata nella seguente tabella 1.4, contribuisce infatti a contestualizzare in una prospettiva temporale il fenomeno oggetto di studio.

Tabella 1.4 - Numero di beneficiari di indennità per invalidità civile dal 2002 al 2016 e variazione percentuale nel periodo per la Regione Toscana e l'Italia.

Anno	Toscana	Italia
2002	72.776	1.094.537
2003	78.494	1.148.175
2004	85.361	1.268.874
2005	91.102	1.373.767
2006	99.237	1.489.482
2007	103.938	1.591.552
2008	111.335	1.694.161
2009	115.328	1.804.828
2010	117.538	1.894.868
2011	117.648	1.933.904
2012	114.570	1.892.245
2013	115.040	1.923.896
2014	115.169	1.967.381
2015	114.128	1.994.740
2016	115.148	2.045.804
Variazione 2002-2016 (%)	+58,2	+86,9

Fonte: i dati sono desunti dalle Banche Dati Statistiche dell'Inps (pensioni vigenti, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni agli invalidi civili serie storica).

I dati mostrano un aumento significativo nel periodo considerato. Nel contesto toscano, infatti, l'incremento è di quasi 60 punti percentuali mentre nel panorama nazionale si assiste quasi a un raddoppio della numerosità.

1.2 La non autosufficienza

La questione della non autosufficienza in età anziana rappresenta probabilmente quella più dibattuta tra tutte quelle legate al tema generale delle persone con limitazioni funzionali. Il presente paragrafo rappresenta un aggiornamento di quello inserito nel Primo Rapporto sulla disabilità in Toscana e intende fornire un quadro sintetico sullo stato dell'arte della non autosufficienza in Toscana. Per fare ciò si svolgeranno in primo luogo alcune considerazioni legate alla rilevanza attuale e futura della non autosufficienza nella regione, in Italia e nei principali Paesi sviluppati. In secondo luogo si procederà a quantificare la numerosità dei soggetti anziani non autosufficienti nella regione e nel panorama nazionale. Infine si concentrerà l'attenzione sulla tipologia di servizi erogati e sulle modalità di accesso agli stessi. Le note e i riferimenti bibliografici rappresentano degli spunti per l'approfondimento delle singole tematiche per il lettore interessato.

La rilevanza del tema della non autosufficienza in età anziana è prima di tutto quantitativa, dato che nella quasi totalità dei Paesi sviluppati il verificarsi dell'effetto congiunto del progressivo invecchiamento della popolazione, dell'aumento dell'incidenza delle malattie croniche⁷ e della sempre più scarsa attitudine della rete parentale a prendersi cura integralmente del soggetto dipendente (come invece avveniva frequentemente in passato) sta determinando e determinerà nei prossimi anni un aumento della domanda delle prestazioni assistenziali e una rilevante modifica della divisione del lavoro di assistenza tra famiglia, pubblica amministrazione e mercato. Infatti, l'Ocse (2005) prevede che al 2040 la quota di persone con più di 65 anni nei Paesi dell'area sarà raddoppiata (dal 13,8% al 25,6%), l'Oms (2005) constata una incidenza delle malattie croniche nel mondo in costante aumento e – infine – alcune ricerche empiriche⁸ stimano che dal 2008 al 2030 in Europa il numero dei

⁷ Come noto la rilevanza della non autosufficienza è strettamente collegata alla struttura per età della popolazione e all'incidenza delle malattie croniche. In merito alla relazione tra invecchiamento della popolazione e non autosufficienza, si noti che Istat (2014) stima per la popolazione italiana i seguenti tassi di limitazione funzionale per età: 3,2% (55-64 anni), 5,5% (65-69 anni), 11,4% (70-74 anni), 21,2% (75-79 anni), 49,1% (80 anni e più).

⁸ Il riferimento è a Gaymu (2008). La stima riportata è basata sullo studio "Felicie" che analizza la probabile evoluzione delle strutture familiari degli anziani in alcuni Paesi europei. In questo studio viene messo in luce come in futuro verrà probabilmente meno la loro disponibilità ad erogare cure informali a causa, principalmente, dell'aumentare delle distanze abitative e della riduzione del tempo disponibile. Per quanto riguarda il contesto toscano, ARS Toscana (Portale Marsupio - Indicatori Parsis) calcola l'indice di supporto ai grandi anziani quale rapporto percentuale tra le persone con più 85 anni e quelle che potrebbero prendersi cura di loro (classe 50-74 anni). Tale indice è passato dal 9,02 del 2006 al 12,48 nel 2016, mettendo in rilievo una diminuzione del "supporto" potenziale alle persone con limitazioni funzionali. Sempre relativamente al caso regionale, in Tosi (2009) viene rilevato che i familiari degli anziani non

disabili senza sufficiente assistenza familiare aumenterà almeno del 40%. La tabella 1.5 mostra alcuni indicatori demografici relativi alla Toscana e all'Italia nella loro evoluzione quindicennale prevista fino al 2060. Osservati nel loro complesso essi mostrano un progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto sia all'aumento della speranza di vita che, soprattutto, all'aumento della rilevanza degli anziani rispetto alle altre parti di popolazione più giovani.

Tabella 1.5 - Previsioni Istat dal 2015 al 2060 (scenario centrale) per Italia e Toscana su età media, tasso di dipendenza anziani, speranza di vita alla nascita di maschi (M) e femmine (F)⁹.

	Indicatore	2015	2030	2045	2060
Toscana	Età media (anni)	46,0	47,7	49,1	49,6
	Tasso di dipendenza anziani (%)	38,6	44,6	59,1	58,2
	Speranza di vita alla nascita (anni)	80,9 (M) 85,6 (F)	83,0 (M) 87,6 (F)	84,7 (M) 89,2 (F)	86,0 (M) 90,5 (F)
Italia	Età media (anni)	44,2	47,0	49,0	49,8
	Tasso di dipendenza anziani (%)	33,3	42,6	59,2	60,7
	Speranza di vita alla nascita (anni)	80,3 (M) 85,2 (F)	82,8 (M) 87,7 (F)	84,7 (M) 89,6 (F)	86,2 (M) 91,1 (F)

Fonte: Istat (demo.istat.it)

Osservando nello specifico, si nota in particolare la dinamica del tasso di dipendenza anziani che aumenta nettamente il proprio valore nel periodo considerato in entrambi i contesti territoriali. L'analisi di tale indicatore assume notevole importanza in quanto mostra il peso che la popolazione anziana esercita su quella potenzialmente produttrice di reddito. Per la stessa ragione, esso fornisce una indicazione anche sulla difficoltà che i servizi pubblici potrebbero incontrare nel gestire la domanda di prestazioni assistenziali. Per avere una idea della situazione anche da un punto di vista economico-finanziario si può osservare che Irapet (2014) stima che già nel 2010 le risorse pubbliche destinate alla non autosufficienza sfioravano il miliardo e 200 milioni di euro. Per quanto riguarda l'Italia, Network Non Autosufficienza (2015) stima per il 2014 una spesa complessiva per prestazioni legate alla *Long Term Care* (LTC) di circa 20 miliardi e 500 milioni di euro, equivalenti all'1,27% del PIL. Secondo il Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015) l'incidenza della spesa aggregata per LTC salirà fino al 2,7% del PIL nel 2060¹⁰. Nel complesso, dunque, anche nei prossimi anni pare

autosufficienti, pur non desiderando delegare completamente i compiti assistenziali, preferirebbero tuttavia poterli condividere maggiormente con altre figure, siano esse afferenti ai servizi pubblici o al mercato privato.

⁹ L'indicatore "età media" riportato in tabella esprime l'età mediamente detenuta dalla popolazione a una certa data espressa in anni e decimi di anno. Il tasso di dipendenza anziani è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. La speranza di vita alla nascita è il numero medio di anni che si ipotizza un neonato vivrà.

¹⁰ Il riferimento è alla previsione relativa allo scenario EPC-WGA *baseline*.

sia destinato a proseguire il trend osservato nell'ultimo decennio, caratterizzato da un netto aumento della domanda assistenziale, da un settore pubblico che - a causa degli stringenti vincoli di bilancio - trova difficoltà ad adeguare l'offerta e, infine, da un fiorire del mercato assistenziale privato soprattutto mediante il fenomeno delle cd. "badanti"¹¹.

Una volta tracciato il quadro generale, possiamo quindi quantificare la numerosità dei soggetti anziani non autosufficienti. La tabella 1.6 fornisce tali informazioni sia per il contesto regionale che per quello nazionale. I dati presentati relativi al contesto toscano sono tratti dall'archivio Marsupio (Indicatori Parsis) di Ars Toscana e sono stati stimati utilizzando opportunamente i tassi di limitazione funzionale emersi dalle interviste condotte da infermieri domiciliari durante lo studio BiSS (Bisogno Socio Sanitario dell'anziano) del 2009 alla popolazione residente. Quelli relativi all'Italia sono invece frutto di una stima su dati Istat¹².

¹¹ L'Osservatorio Statistico sui Collaboratori Domestici dell'INPS quantifica le badanti nel 2015 in 375.560 soggetti in Italia e 39.119 in Toscana. Si tratta di numeri che seguono una costante crescita, dato che nel 2006 tali figure risultavano essere 73.885 in Italia e 7.210 in Toscana. Si noti inoltre che tale archivio registra esclusivamente le badanti che hanno ricevuto almeno un contributo nell'anno considerato.

¹² Per quanto riguarda la numerosità dei soggetti con disabilità con 65 anni o più si può far riferimento anche ai titolari di indennità di accompagnamento agli invalidi totali, che in Toscana nel giugno 2015 ammontavano a 80.623, ai titolari di rendita INAIL, quantificati al 31 dicembre 2014 pari a 46.411, oppure alle stime su dati Istat riportate nel Primo Rapporto sulla Disabilità in Toscana (Caterino *et altri*, 2015) che ne individuano 169.441.

Tabella 1.6 - Soggetti con 65 anni e più non autosufficienti residenti a domicilio o in RSA per AUSL toscana e totali regionale e nazionale¹³. Anno 2015.

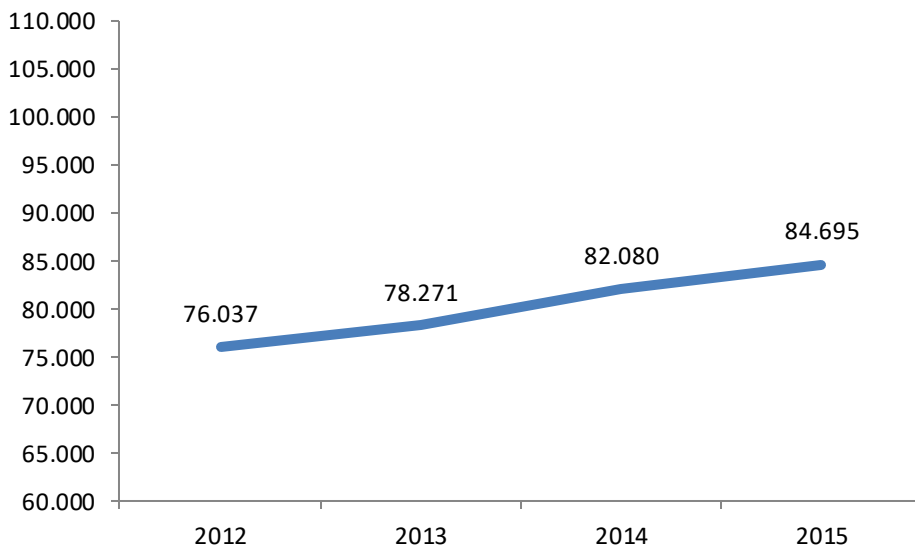
Classe età 65+	Non istituzionalizzati in RSA				In RSA permanente	TOTALE
	Lieve	Moderato	Grave	Totale		
AUSL 1 - Massa e Carrara	1.343	1.104	1.866	4.313	163	4.476
AUSL 2 - Lucca	1.450	1.176	2.008	4.634	145	4.779
AUSL 3 - Pistoia	1.854	1.500	2.540	5.894	273	6.167
AUSL 4 - Prato	1.405	1.125	1.882	4.412	293	4.705
AUSL 5 - Pisa	2.109	1.692	2.845	6.646	673	7.319
AUSL 6 - Livorno	2.322	1.866	3.138	7.326	486	7.812
AUSL 7 - Siena	1.917	1.582	2.703	6.202	908	7.110
AUSL 8 - Arezzo	2.195	1.776	3.001	6.972	986	7.958
AUSL 9 - Grosseto	1.523	1.231	2.071	4.825	551	5.376
AUSL 10 - Firenze	5.650	4.626	7.872	18.148	2.261	20.409
AUSL 11 - Empoli	1.447	1.171	1.970	4.588	432	5.020
AUSL 12 - Viareggio	1.031	832	1.391	3.254	310	3.564
Asl centro	10.356	8.422	14.264	33.042	3.259	36.301
Asl nord-ovest	8.255	6.670	11.248	26.173	1.777	27.950
Asl sud-est	5.635	4.589	7.775	17.999	2.445	20.444
Regione Toscana	24.246	19.681	33.287	77.214	7.481	84.695
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	2.712.321	284.936	2.997.257

Fonte: per quanto riguarda il contesto toscano la fonte dei dati è Ars Toscana, Banca dati Marsupio, archivio Parsis. Si rinvia a tale fonte anche per un approfondimento relativo alla metodologia utilizzata. Per quanto riguarda l'Italia il dato sui soggetti anziani non autosufficienti a domicilio è stimato applicando alla popolazione al 1 gennaio 2016 tratta da Istat (demo.istat.it) i tassi di limitazione funzionale per classe di età presenti in Istat (2014), mentre quello relativo ai soggetti istituzionalizzati è calcolato applicando il tasso per 100.000 residenti con 65 anni e più fornito da Istat (2014a) alla popolazione al 1 gennaio 2016 tratta da Istat (demo.istat.it). Le informazioni presenti nella colonna "Totale" sono frutto di elaborazioni su dati in tabella.

¹³ In seguito alla legge regionale n. 84 del 28 dicembre 2015 il Servizio Sanitario Regionale ha subito una profonda riorganizzazione. In particolare le 12 Aziende UsI precedentemente in vigore sono state accorpate dal 1 gennaio 2016 nelle seguenti tre grandi nuove Aziende UsI: Toscana Centro (Aziende USL di Pistoia, Firenze, Prato e Empoli), Toscana Nord Ovest (Aziende USL di Massa Carrara, Lucca, Pisa, Livorno, Viareggio), Toscana Sud Est (Aziende USL di Siena, Arezzo e Grosseto). Per tale ragione la tabella mostra sia i valori relativi alle Aziende USL precedentemente vigenti che quelli aggregati riferiti alle nuove realtà.

La numerosità dei soggetti anziani non autosufficienti è sicuramente rilevante, sia nel contesto italiano che in quello toscano. Come accennato anche in precedenza una criticità del fenomeno riguarda la sua evoluzione temporale. Nel seguente grafico 1.1 è possibile osservare la dinamica passata della numerosità dei soggetti non autosufficienti in Toscana.

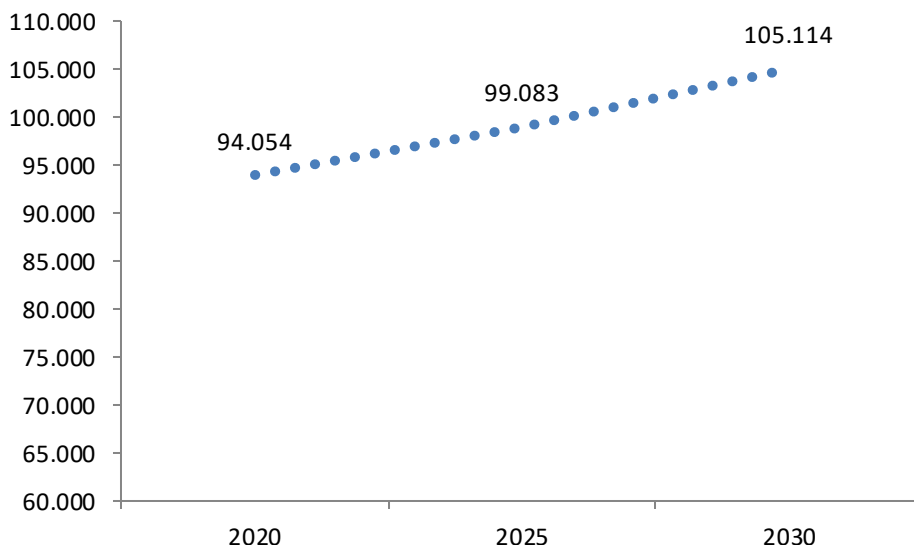
Grafico 1.1 - Numerosità dei soggetti non autosufficienti in Toscana dal 2012 al 2015.



Fonte: elaborazioni su dati Ars Toscana, banca dati Marsupio, archivio Parsis

L'aumento della numerosità dei non autosufficienti anziani osservata nel passato è da attribuire prevalentemente al progressivo invecchiamento della popolazione. Secondo il Profilo Sociale Regionale 2015 (Regione Toscana, 2016), infatti, si è assistito ad un calo della non autosufficienza presente per classe di età e a “[...] una crescita complessiva di anziani non autosufficienti dovuta all’invecchiamento della popolazione [...]”. E’ utile a questo punto osservare alcune previsioni relative ai prossimi decenni. Come mostrato nel seguente grafico 1.2, il trend di crescita dovrebbe proseguire almeno fino al 2030.

Grafico 1.2 - Previsioni quinquennali della numerosità dei soggetti non autosufficienti in Toscana dal 2020 al 2030.



Fonte: Irpet (2014)

Le previsioni mostrano un deciso aumento del numero dei soggetti anziani con limitazioni funzionali. Prima di chiudere la parte relativa alla stima del fenomeno in oggetto, pare interessante svolgere alcune riflessioni sulla condizione sociale degli anziani. Come si evince dal Profilo Sociale Regionale 2015 (Regione Toscana, 2016), dal quale sono riprese anche le considerazioni seguenti, l'attuale situazione degli anziani presenta da un lato degli aspetti positivi degni di nota e dall'altro delle criticità significative¹⁴. Per quanto riguarda i primi, è utile notare che circa un terzo degli anziani riferisce uno stato di salute buono o molto buono, mentre una metà una condizione discreta. Accanto a tale elemento è da rilevare anche il loro fondamentale contributo alla tenuta della coesione sociale, soprattutto mediante un impegno in famiglia e in organizzazioni di volontariato di utilità sociale. A mero titolo esemplificativo si osservi che nel 2012 erano ben il 69,8% in Toscana (66,4% in Italia) i bambini affidati ai nonni quando non a scuola, mentre nel 2011 erano circa 66.000 gli over 64 a prestare attività in istituzioni non profit. Accanto a tali aspetti positivi, sia per la condizione personale degli anziani che per la società nel complesso, sono presenti anche elementi di criticità. Il primo di essi può essere riscontrato nel fenomeno dei cosiddetti anziani soli, che se da un lato può essere interpretato come una indicazione di buone condizioni generali di una parte consistente della popolazione anziana,

¹⁴ Oltre alla pubblicazione citata si veda anche il Set di Indicatori per la Costruzione del Profilo di Salute adottato con DGR n. 488/2011, nel quale sono contenute numerose informazioni utili per ricostruire il quadro sociale della Toscana. Tale Set di Indicatori è consultabile al seguente link: <http://servizi2.regione.toscana.it/osservatoriosociale/index.php?idDocumento=19157>

dall'altro nasconde certamente delle preoccupazioni, quali il disagio per un eventuale isolamento fisico e/o relazionale. Si tratta, quest'ultimo, di un fenomeno importante da monitorare in quanto tali difficoltà rappresentano per un anziano un rischio elevato di scivolamento nella condizione di non autosufficienza. Quanto detto sinora mette in rilievo come oltre a coloro che presentano limitazioni funzionali siano da tenere in considerazione anche altri soggetti, che attualmente non sono in condizione di non autosufficienza ma che versano in una situazione che potrebbe portarli presto a farli diventare tali. Il riferimento è in particolare a tutti i cosiddetti anziani "fragili ad alto rischio di non autosufficienza", che sul Profilo Sociale Regionale 2015 vengono quantificati utilizzando stime dell'Ars Toscana in circa 125.000 soggetti¹⁵.

Una volta definito il quadro attuale della non autosufficienza in età anziana e prevista la sua evoluzione futura, è utile concentrare l'attenzione sui servizi forniti e sulle procedure vigenti per accedervi. In Toscana le modalità di presa in carico dei non autosufficienti sono regolate principalmente dalla Legge Regionale 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", che definisce i soggetti in questione (art. 1 c. 2) "persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone", precisando più avanti che "le condizioni di non autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale"¹⁶. La norma fissa anche gli obiettivi dell'azione regionale, riconducibili a: migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane; promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità; favorire percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità. La legge (Capo IV) definisce inoltre i criteri di accesso alle prestazioni, prevedendo che la procedura di valutazione della non autosufficienza sia attivata dall'interessato o da un suo familiare mediante la segnalazione ad uno dei "Punti insieme" dislocati sul territorio regionale, ossia ad uno dei presidi che forniscono informazione e accoglienza, nonché la garanzia che entro trenta giorni giunga risposta all'istanza presentata¹⁷. Tale risposta, che deve essere condivisa con l'interessato e i suoi familiari, riguarda il pacchetto assistenziale ritenuto appropriato dall'Unità di

¹⁵ Nella pubblicazione citata si chiarisce che viene definito fragile "l'anziano che, pur essendo ancora autosufficiente in tutte le attività di base della vita quotidiana (BADL), presenta tuttavia un aumentato rischio di perdita dell'autonomia a causa di alcune sue caratteristiche o comportamenti. I fragili "ad altissimo rischio" di non autosufficienza presentano una positività ad almeno 4 dei 7 fattori di rischio indagati: non vivere solo, usare 4 o più farmaci al giorno, problemi di vista, problemi di memoria, problemi nel camminare, essere caduto o essere stato ricoverato nell'anno precedente".

¹⁶ Si rinvia al capitolo 3 per un approfondimento sulle politiche regionali.

¹⁷ Secondo quanto previsto dall'art. 8 della legge regionale commentata risultano destinatari delle prestazioni i soggetti non autosufficienti residenti in Toscana con un alto indice di gravità accertato dall'UVM e coloro che sono stati riconosciuti disabili in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 della legge 104/1992.

Valutazione Multidimensionale (UVM)¹⁸, ossia dal *team* di figure chiamate a dare una valutazione del bisogno e a definire il Piano Assistenziale Personalizzato (PAP). Quest'ultimo contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute valutate e le prestazioni sociosanitarie da erogare. Ad ogni PAP viene associato un responsabile tra le figure professionali presenti sulla base delle caratteristiche del bisogno prevalente, che ha il compito di fungere da referente organizzativo per la persona interessata e i suoi familiari. Gli interventi previsti sono riconducibili alle seguenti fattispecie (art. 7 c. 2): interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali; inserimenti in strutture semiresidenziali; inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; inserimenti permanenti in residenza¹⁹.

Venendo adesso a trattare la questione dei servizi erogati dal settore pubblico, si riportano nella seguente tabella 1.7 alcune informazioni relative ai servizi domiciliari, quelli residenziali e, infine, ai trasferimenti monetari sia per il contesto toscano che per quello nazionale²⁰.

¹⁸ L'UVM è una articolazione operativa della zona distretto formata da un medico del distretto, un infermiere professionale, un assistente sociale, il medico curante del soggetto valutato e da altre figure di volta in volta eventualmente ritenute necessarie

¹⁹ La Regione Toscana ha attivato nuovi servizi che si inseriscono nella procedura di segnalazione e presa in carico dei soggetti non autosufficienti. Il riferimento è in particolare a "Pronto Badante". Tale progetto è stato avviato in via sperimentale nel contesto fiorentino nel corso del 2015 e successivamente, con Delibera della Giunta Regionale n. 946 del 6 ottobre 2015, esteso a tutto il contesto regionale. Dal 1° marzo 2016 il progetto è stato infatti avviato in via sperimentale in tutte le zone distretto della Regione. L'obiettivo primario è quello di sostenere e supportare la famiglia nella prima fase di disagio che si manifesta con la fragilità dell'anziano. In essa sono infatti rilevanti le difficoltà a provvedere alle necessità contingenti, quali il reperimento di informazioni sui servizi, le modalità per ottenere gli ausili necessari, etc... Per poter beneficiare del servizio deve trattarsi di una emergenza appena verificatasi. Inoltre, l'anziano non deve aver già redatto un Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) né avere un contratto con una assistente familiare. La Regione mette innanzitutto a disposizione un numero verde cui segnalare il disagio. Al massimo nei due giorni seguenti alla segnalazione viene attivato un intervento di tutoraggio, inviando a domicilio un operatore in grado di orientare e supportare la famiglia nelle scelte e negli adempimenti, anche in merito alla ricerca di un assistente familiare. Qualora ricorrano le condizioni la famiglia è beneficiaria di buoni di lavoro (*voucher*) per lavoro occasionale accessorio per un importo complessivo di 300 euro pari alla copertura di 30 ore di assistenza al fine di dare adeguate risposte alle prime necessità dell'anziano.

²⁰ Si rimanda a Network Non Autosufficienza (2015) per un approfondimento dei dati in tabella e a Irpet (2014) per una analisi dettagliata dei servizi erogati in Toscana anche in una ottica temporale.

Tabella 1.7 - Prestazioni a favore dei non autosufficienti in Toscana e Italia. Anno 2012.

	Indicatore	Regione Toscana	Italia
Servizi domiciliari	Percentuale di utenti con 65 anni e più beneficiari di servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) sul totale della popolazione con 65 anni e più	2,0	4,3
	Ore di assistenza domiciliare integrata annuali per utente con 65 anni e più	22	21
	Percentuale di utenti con 65 anni e più beneficiari di servizi di assistenza domiciliare (SAD) sul totale della popolazione con 65 anni e più	0,7	1,3
	Spesa media in euro per utente con 65 anni e più per servizi di assistenza domiciliare (SAD)	2.704	2.090
Servizi residenziali	Dotazione di posti letto per utenti anziani nei presidi residenziali in percentuale sulla popolazione con 65 anni e più	1,7	2,3
	Utenti anziani dei presidi residenziali in percentuale sulla popolazione con 65 anni e più	1,2	1,7
Trasferimenti monetari	Soggetti con 65 anni e più beneficiari di indennità di accompagnamento in percentuale sulla popolazione con 65 anni e più	10,3	12,0

Fonte e note: Network Non Autosufficienza (2015). Il dato relativo ai trasferimenti monetari è aggiornato al 2013.

Per quanto riguarda i servizi domiciliari si nota una concentrazione più rilevante nel contesto toscano rispetto a quello medio italiano, dato che a fronte di una estensione minore della platea degli utenti è presente un beneficio individuale maggiore. In merito invece ai servizi residenziali si osserva una dotazione di posti letto e una utenza di anziani nei presidi inferiori in Toscana rispetto al panorama nazionale. Tra le varie ragioni che possono spiegare tale dato è probabilmente presente anche l'approccio del

sistema toscano volto, come osservato in precedenza nella descrizione della L.R. 66/2008, a favorire la domiciliarità dell'anziano. Anche l'indicatore relativo ai trasferimenti monetari, che riguarda l'indennità di accompagnamento gestita da Inps, mette in rilievo una percentuale di soggetti con 65 anni e più beneficiari di tale strumento sul totale della relativa sezione di popolazione inferiore al dato italiano.

2. L'inclusione scolastica e lavorativa

«Lo scopo della scuola è quello di trasformare gli specchi in finestre»

Sydney J. Harris

«Il lavoro non mi piace – non piace a nessuno – ma mi piace quello che c'è nel lavoro: la possibilità di trovare sé stessi»

Joseph Conrad

2.1 Il contesto scolastico: gli alunni con Bisogni Educativi Speciali

In questo capitolo verrà illustrato in maniera sintetica il *corpus* normativo che regola la frequenza scolastica degli alunni con svantaggio, una analisi quantitativa degli stessi nei contesti nazionale e regionale e, infine, un riepilogo delle principali azioni e politiche attivate per favorirne una positiva inclusione. Il capitolo rappresenta un aggiornamento del relativo capitolo inserito all'interno del Primo rapporto sulla disabilità in Toscana, del quale ne recepisce la struttura e tutte le parti che nell'ultimo anno non sono state oggetto di sostanziale modifica.

Prima di concentrare l'attenzione sugli aspetti specifici degli alunni con svantaggio nel contesto scolastico può essere utile osservare le caratteristiche generali del modello di inclusione italiano e di quello di altri Paesi europei che evidenziano il diverso approccio al tema dell'inclusione degli alunni con disabilità. I sistemi di integrazione europei sono riassumibili nei tre seguenti orientamenti prevalenti (Miur, 2015):

1. un “sistema di inclusione” che cerca di massimizzare l'integrazione prevedendo l'inserimento quasi totalitario, o largamente maggioritario, dei soggetti disabili nelle classi comuni;
2. un “sistema con distinzione” nel quale gli alunni con disabilità sono prevalentemente inseriti in scuole o classi speciali;
3. un “sistema misto” nel quale vige la coesistenza tra un percorso normale e uno speciale. In tale sistema è previsto che gli alunni con disabilità possano essere inseriti nell'uno o nell'altro percorso.

La tabella 2.1 riepiloga alcuni dati significativi sui modelli di inclusione degli alunni con disabilità di alcuni Paesi europei. Tra le varie informazioni consultabili assume particolare rilievo l'indicatore relativo alla percentuale di alunni con disabilità inseriti in classi comuni oppure in scuole o classi speciali.

Tabella 2.1 - Totale alunni, totale alunni con disabilità, alunni con disabilità in classi comuni oppure in scuole o classi speciali. Valori assoluti e percentuali riferiti ad alcuni Paesi europei. Anni scolastici vari.

Paese (anno rilevazione)	Totale alunni	Totale alunni con disabilità (% sul totale alunni)	Alunni con disabilità in classi comuni (% su totale alunni disabili)	Alunni con disabilità in scuole o classi speciali (% su totale alunni disabili)
Italia (2010/2011)	7.278.018	189.563 (2,60%)	187.728 (99%)	1.835 (1%)
Spagna (2009/2010)	4.495.188	106.977 (2,38%)	89.278 (83%)	17.699 (17%)
Germania (2010/2011)	8.708.531	480.024 (5,51%)	102.102 (21%)	377.922 (79%)
Gran Bretagna (2010/2011)	8.084.950	226.210 (2,80%)	111.390 (49%)	114.820 (51%)
Francia (2010/2011)	7.425.038	330.406 (4,45%)	83.560 (25%)	246.846 (75%)
Svezia (2010/2011)	886.487	12.616 (1,42%)	0 (0%)	12.616 (100%)

Fonte: elaborazioni su dati Miur (2015)

In Italia vige un sistema di inclusione degli alunni con disabilità centrato sull'inserimento nelle classi comuni. Il modello italiano presenta certamente delle criticità e necessita di correttivi per migliorarne l'efficacia e l'appropriatezza, tanto che – come vedremo in seguito – sembrano ormai maturi i tempi di una riforma di alcune parti del sistema. Ciò premesso, pare tuttavia importante sottolineare come l'approccio del sistema di inclusione italiano non raramente sia individuato come un fattore qualitativamente di rilievo. A tal fine pare utile citare la Quarta conferenza nazionale sulle politiche per la disabilità svoltasi a Bologna nel luglio 2013 (Senato della Repubblica, doc. LXXIX-bis n. 1), nella quale è emerso sia il riconoscimento dell'eccellenza italiana nell'inclusione scolastica, ma anche l'avvertimento che tale riconoscimento non sia motivo di un "abbassamento della guardia" in un momento in cui i concetti di svantaggio e di difficoltà in ambito scolastico si stanno modificando ed ampliando.

Venendo a trattare nello specifico il modello di inclusione italiano è utile sottolineare che, come osservato in precedenza e anche nel primo capitolo del Primo rapporto sulla disabilità in Toscana, negli ultimi anni è stato radicalmente rivisto il concetto di disabilità, centrandolo non più sulla menomazione o sulla malattia ma sulla persona intesa nella sua globalità. Essa potrà dunque essere considerata disabile o meno – e tanto più grave o meno – in base alla complessa interazione tra le condizioni di salute e i contesti ambientale e sociale nei quali è inserita. Tale innovazione, dovuta principalmente all'*International classification of functioning, disability and health* (ICF) redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, deve essere considerata insieme alla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità,

redatta il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con la legge 18/2009. Tale documento, oltre a recepire l'approccio ICF, si propone di garantire la "partecipazione piena ed effettiva nella società su base di uguaglianza con altri", allargando di fatto il campo di azione e di intervento. Anche grazie a tali documenti, nell'ambito scolastico è stata avviata negli ultimi anni una riformulazione del concetto di svantaggio, che se in passato era legato quasi esclusivamente agli alunni certificati ai sensi della legge 104/1992, oggi comprende anche tutti gli studenti con difficoltà educative ed apprenditive. Più precisamente, con la Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 è stato introdotto nel nostro ordinamento il concetto di Bisogno Educativo Speciale (BES) e, insieme ad altre norme successive, una riorganizzazione delle modalità di inclusione scolastica²¹. Il legame tra il concetto di BES e la rivisitazione del concetto di disabilità citata in precedenza è ben delineata nella premessa alla direttiva: "[...] è rilevante l'apporto, anche sul piano culturale, del modello diagnostico ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS, che considera la persona nella sua totalità, in una prospettiva bio-psico-sociale". Essa continua affermando che: "fondandosi sul profilo di funzionamento e sull'analisi del contesto, il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell'alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni". Il concetto di bisogno educativo speciale, mutuato dall'esperienza anglosassone, raggruppa tutti gli alunni che oltre ai bisogni educativi normali (sviluppo delle competenze, appartenenza sociale, autostima, accettazione, etc...) ne presentano anche di "speciali" a causa di limitazioni funzionali di vario tipo, di deficit di apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, etc...) e di altre situazioni problematiche (comportamentale, relazionale, familiare, di contesto socio-culturale, etc...) ²². Il concetto di BES rappresenta dunque una macro categoria che ingloba sia gli ambiti di svantaggio già precedentemente riconosciuti (disabilità e disturbi specifici dell'apprendimento²³), sia altri, ossia quelli afferenti a tutte le situazioni problematiche dell'alunno che possono causargli permanentemente o temporaneamente delle difficoltà educative e apprenditive. Prima di analizzare gli strumenti generali attivati per favorire l'integrazione e il successo dei percorsi scolastico e di vita di tali alunni è utile concentrare l'attenzione sulle caratteristiche e le peculiarità di ognuno degli ambiti citati.

²¹ Oltre alla Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" citata nel testo, sono state emanate anche: la Circolare Ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013 recante le "Istruzioni operative" e la nota ministeriale prot. n. 2563 del 22 novembre 2013 che fornisce ulteriori chiarimenti. E' inoltre utile citare la nota ministeriale n. 1551 del 27 giugno 2013 che fornisce alcune precisazioni sul Piano Annuale dell'Inclusività (PAI) che ogni istituto scolastico è tenuto a realizzare per favorire l'inclusione di tutti gli alunni con bisogni educativi speciali.

²² Per un approfondimento si veda anche il sito internet del prof. lanes, tra i primi a proporre in Italia una estensione del concetto di svantaggio in ambito scolastico: www.darioianes.it.

²³ Più precisamente la Direttiva ministeriale citata nel testo parla di "disturbi evolutivi specifici" che ricomprendono sia i disturbi specifici dell'apprendimento che altri tipi di deficit, come quelli del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, dell'attenzione, dell'iperattività.

Procedendo con ordine, gli alunni con disabilità sono quelli certificati ai sensi della legge 104/1992²⁴. Secondo quanto previsto dal DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006 la certificazione di disabilità è svolta a cura di un “organo collegiale” appartenente alle Aziende Sanitarie Locali ed effettuata sulla base delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il verbale di accertamento è corredato dall'eventuale termine di rivedibilità e dalla diagnosi funzionale, ed è inviato all'istituzione scolastica presso cui l'alunno è iscritto. L'accertamento della disabilità può assumere (legge 104/1992 art. 3 c. 3) anche la connotazione di gravità, qualora la minorazione abbia ridotto l'autonomia in misura tale da rendere necessario un intervento assistenziale “permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella della relazione”. Tali situazioni, che hanno priorità nei programmi e negli interventi pubblici, sono una quota significativa dell'insieme degli alunni disabili²⁵. Tra le varie misure in atto per favorire l'integrazione, la principale è certamente la figura dell'insegnante di sostegno: alle classi in cui sono inseriti gli alunni in questione viene riconosciuta l'assegnazione di alcune ore di compresenza tra il docente curricolare e quello di sostegno al fine di conseguire gli obiettivi didattici e socio-educativi stabiliti al momento della redazione del Progetto Educativo Individualizzato (PEI)²⁶. Il PEI “descrive annualmente gli interventi educativi e didattici destinati all'alunno, definendo obiettivi, metodi e criteri di valutazione”. Il documento, che fa parte della programmazione educativo-didattica della classe, contiene inoltre le azioni volte all'integrazione degli ambiti scolastico ed extra-scolastico. Il PEI viene redatto congiuntamente dal Consiglio di Classe e dai Servizi (*Equipe Socio-psicopedagogica*) con la collaborazione della famiglia all'inizio di ciascun anno scolastico ed è soggetto a verifica. Come ben sintetizza l'art. 3 dell'accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 “il PEI è un impegno alla collaborazione tra tutti gli operatori coinvolti per il raggiungimento degli obiettivi indicati e condivisi”. La redazione del PEI segue quella del Profilo Dinamico Funzionale (PDF) che, ai sensi dell'art. 12 della legge 104/1992, indica le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap che le possibilità di recupero e di intervento. Il PDF – che viene redatto anch'esso in maniera

²⁴ Il riferimento è principalmente agli artt. 12 e 13 della legge citata.

²⁵ I dati riportati nel presente paragrafo non consentono di fornire una quantificazione precisa degli alunni disabili gravi (legge 104/1992 art. 3 c. 3). Prendendo invece come riferimento i dati presentati nel cap. 2 del I Rapporto sulla Disabilità in Toscana, aggiornati a luglio 2015, possiamo affermare che in Toscana gli alunni certificati in situazione di gravità sul totale di quelli riconosciuti disabili sono il 64% nella scuola dell'infanzia, il 42% nella primaria, il 31% nella secondaria di primo grado e, infine, il 30% nella secondaria di secondo grado.

²⁶ Per un approfondimento sulla normativa, sulle azioni attivate per l'inclusione e su altre questioni legate al tema degli alunni con disabilità si vedano le “Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità” emanate dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca il 4 agosto 2009 (prot. 4274). Per maggiori informazioni su questioni legate alla documentazione scolastica relativa agli alunni con disabilità si veda anche http://www.istruzione.it/urp/alunni_disabili.shtml. Da tale sito sono riprese le parti riportate tra virgolette.

congiunta dalla scuola, dai servizi socio-psicopedagogici e dalla famiglia – ha validità pluriennale e mette in rilievo il prevedibile livello di sviluppo dell'alunno nel breve termine (sei mesi) e in un periodo più prolungato (due anni). A sua volta il PDF si lega alla Diagnosi Funzionale, che è un documento medico-sanitario che descrive la compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno. In base all'Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 alla Diagnosi Funzionale, redatta secondo i criteri del modello bio-psico-sociale dell'ICF, provvede Unità Multidisciplinare presente nei servizi specialistici per l'infanzia e l'adolescenza affiancata da un esperto di pedagogia e didattica speciale designato dall'Ufficio Scolastico Provinciale e da un operatore esperto sociale in carico ai Piani di Zona. Lo stesso Accordo prevede inoltre che la stesura della Diagnosi Funzionale venga effettuata “in collaborazione con scuola e famiglia”, e che la verifica periodica di tale documento è obbligatoria. La richiesta dei posti di sostegno è effettuata dal dirigente scolastico all'Ufficio Scolastico Regionale sulla base delle iscrizioni pervenute, mentre la quantificazione delle ore attribuite ad ogni alunno è determinata sulla base delle necessità dello stesso – così come formalizzate nella documentazione citata – e dei vincoli di legge vigenti. La tabella seguente 2.2 mostra la numerosità degli alunni certificati per ordine di scuola e per Provincia e dei docenti di sostegno assegnati per contesto territoriale. A livello provinciale e per il totale regionale è stato calcolato anche l'indicatore “alunni su posti di sostegno”, che assume particolare importanza dato che le leggi 296/2006 e 244/2007 pongono un valore pari a due quale parametro per la determinazione della numerosità dei docenti di sostegno. Il valore di tale indicatore risulta inferiore a due in quasi tutti i contesti territoriali, a testimonianza di una dotazione organica di docenti di sostegno superiore rispetto sia a quanto ipotizzato dalle leggi citate che al recente passato²⁷. Il paragone tra l'ambito nazionale e quello regionale mostra valori simili, mentre l'analisi dei dati provinciali mette in mostra differenze significative.

²⁷ Si noti che USR Toscana (2015) fornisce un dato – aggiornato a settembre 2015 e indicato come non definitivo – sui posti di sostegno per la Regione Toscana pari a 7.740, dunque ancora più elevato rispetto a quello presentato in tabella. La diversità di stima è da attribuire ad una pluralità di fattori tra i quali probabilmente i principali sono il fatto che i dati riportati nel testo non comprendono le ore di sostegno autorizzate ma non (o non ancora) convertite in posti di sostegno e il momento della rilevazione. Nella stessa pubblicazione vengono forniti i dati relativi agli alunni con disabilità e ai posti di sostegno negli anni scolastici precedenti in Toscana. Rapportando tali valori si evince che l'indicatore “alunni con disabilità su posti di sostegno” è passato da 1,96 nell'a.s. 2010-2011 a 1,59 nell'a.s. 2015-2016, mettendo dunque in rilievo una numerosità di docenti di sostegno per alunno disabile che è complessivamente cresciuta nell'arco di tempo considerato.

Tabella 2.2 - Alunni con disabilità certificate, posti di sostegno (organico di fatto) e rapporto alunni/posti di sostegno. Dettaglio per ordine scolastico e per Provincia, totale regionale e nazionale. Scuole statali. A.s. 2015/2016.

Provincia	Alunni con disabilità certificate				Totale (A)	Posti sostegno (B)	Alunni/Posti sostegno (A/B)
	Infanzia	Primaria	Secondaria I° grado	Secondaria II° grado			
Arezzo	102	360	277	396	1.135	686	1,65
Firenze	251	1.018	831	1.065	3.165	1.554	2,04
Grosseto	42	209	181	234	666	427	1,56
Livorno	80	375	265	425	1.145	790	1,45
Lucca	127	474	378	312	1.291	857	1,51
Massa	49	175	143	236	603	382	1,58
Pisa	146	526	381	446	1.499	931	1,61
Pistoia	82	380	331	529	1.322	822	1,61
Prato	80	274	258	269	881	452	1,95
Siena	68	292	239	306	905	460	1,97
Toscana	1.027	4.083	3.284	4.218	12.612	7.361	1,71
Italia	15.436	78.021	64.369	59.737	217.563	119.496	1,82

Fonte: elaborazioni su dati Miur.

Per avere una idea della porzione di tempo coperta dagli insegnanti di sostegno nella settimana scolastica degli alunni è utile osservare la relativa pubblicazione Istat, che fornisce per l'anno scolastico 2014-2015 indicazioni in merito riferite tuttavia esclusivamente agli ordini di scuola primaria e secondaria di primo grado e, genericamente, alla macro area geografica "centro" (Istat, 2015). In tale documento viene stimato un numero medio di ore settimanali per alunno pari a 13,8 nella scuola primaria e a 11,0 nella secondaria di primo grado (rispettivamente 13,6 e 11,0 in Italia)²⁸. Dunque, pur non disponendo di indicazioni puntuali le informazioni presenti sembrano indicare che il tempo coperto è inferiore al monte orario complessivo²⁹. Ciò

²⁸ Nella stessa pubblicazione Istat viene presentato per la Toscana un valore dell'indicatore alunni su posti di sostegno complessivamente pari a 1,56 per gli ambiti scolastici relativi alla scuola primaria e secondaria di primo grado. Dunque la situazione non sembra talmente dissimile da quella attuale riferita al complesso regionale presentata nella tabella 2.2 da inficiare le conclusioni cui si giunge nel testo. E' bene tuttavia ribadire ulteriormente che esse sono supposizioni effettuate confrontando dati riferiti a contesti territoriali e temporali tra loro differenti.

²⁹ Nella scuola dell'infanzia l'orario di funzionamento è stabilito in 40 ore settimanali, con possibilità di estensione fino a 50 ore. Le famiglie possono tuttavia richiedere un tempo scuola ridotto, limitato alla sola fascia del mattino, per complessive 25 ore settimanali. Nella scuola primaria la durata delle lezioni può variare in base alla prevalenza delle scelte delle famiglie da 24 a 27 ore, estendendosi fino a 40 ore (cd. "tempo pieno"). Nella scuola secondaria di primo grado sono previste 30 ore settimanali, estendibili a 36 o 40 ore sulla base delle richieste delle famiglie e delle disponibilità. Infine, nella scuola secondaria di secondo grado la numerosità di ore settimanali varia in relazione alla tipologia di scuola, all'indirizzo e a quanto previsto dai singoli istituti negli spazi di autonomia concessi. Si noti che la legge 107/2015 ha introdotto una

risulta confermato anche tenendo conto della presenza dell'assistente educativo-culturale o *ad personam*, stimata nella stessa pubblicazione Istat in 10,0 ore settimanali alla primaria e 10,8 alla secondaria di primo grado (rispettivamente 9,5 e 9,9 in Italia). E' però utile sottolineare che tale numerosità di ore dedicate risulta generalmente in aumento rispetto all'anno scolastico precedente, tanto per la presenza dell'insegnante di sostegno che per quella dell'assistente educativo-culturale o *ad personam*³⁰. La pubblicazione Istat (2015) ci consente di approfondire alcuni aspetti legati all'inclusione degli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado, quali la presenza di postazioni informatiche adattate e l'uso di tecnologie per la didattica speciale. Tali informazioni sono contenute nella seguente tabella 2.3.

Tabella 2.3 - Scuole con presenza di postazioni informatiche adattate e con insegnanti di sostegno che utilizzano tecnologie per la didattica speciale. Anno scolastico 2014-2015. Toscana e Italia.

Indicatore	Ambito territoriale	Scuola primaria	Scuola secondaria di primo grado
Scuole con alunni con disabilità con presenza di postazioni informatiche adattate adibite all'integrazione scolastica (valori per 100 scuole dello stesso ambito territoriale)	Toscana	78,3	88,0
	Italia	73,7	78,9
Scuole con alunni con disabilità nelle quali tutti gli insegnanti di sostegno utilizzano la tecnologia per la didattica speciale (valori per 100 scuole dello stesso ambito territoriale)	Toscana	51,8	60,6
	Italia	50,3	53,5

Fonte: Istat (2015)

Si nota una diffusione piuttosto ampia di postazioni informatiche sia nell'ambito nazionale che, soprattutto, in quello regionale. Minore ma comunque maggioritaria in Italia, e in particolare in Toscana, la presenza di scuole nelle quali tutti gli insegnanti di sostegno utilizzano la tecnologia per la didattica speciale.

maggior flessibilità nella modulazione del monte orario da parte dei singoli istituti. Poiché il tempo scuola coperto dall'insegnante di sostegno o dall' dell'assistente educativo-culturale o *ad personam* risulta generalmente inferiore alla durata delle lezioni ordinarie non stupisce che i ricorsi effettuati per aumentare le ore siano un numero non trascurabile: Istat (2015) stima infatti per l'area geografica "centro" che tale ricorso sia stato fatto nell'anno scolastico 2014-2015 dall'8,9% degli alunni con disabilità nella primaria e dal 7,4% di quelli della secondaria di primo grado.

³⁰ Istat (2014b) stima infatti che nell'area geografica "centro" nell'anno scolastico 2013-2014 il numero medio di ore settimanali dell'insegnante di sostegno per alunno fosse 13,3 nella primaria e 10,0 nella secondaria di primo grado, mentre quello dell'assistente educativo-culturale o *ad personam* rispettivamente 10,3 e 10,6.

Il secondo ambito di svantaggio scolastico riguarda gli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Per essere riconosciuti tali, essi devono essere certificati ai sensi della legge 170/2010. Come precisa l'art. 3 della legge 170/2010, sebbene sia compito delle istituzioni scolastiche attuare interventi tempestivi che siano idonei ad individuare i casi sospetti di DSA, la diagnosi deve essere effettuata all'interno delle prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale e comunicata dalla famiglia alla scuola. E' importante precisare che la certificazione qui prevista differisce profondamente da quella trattata in precedenza e si riferisce unicamente a problematiche legate a disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia, discalculia, disgrafia, disortografia). A conferma di ciò l'art. 1 della legge in questione precisa esplicitamente che tali disturbi "[...] si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali [...]". La certificazione di DSA è regolamentata anche dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 che indica, tra le altre cose, le modalità e i tempi del percorso diagnostico, le modalità di redazione e gli elementi della certificazione, i termini di aggiornamento. In particolare, pare importante sottolineare che la diagnosi di DSA deve essere prodotta in tempo utile per l'attivazione delle misure didattiche e valutative, che la certificazione deve essere chiara ed evidenziare che il percorso diagnostico è stato effettuato secondo quanto previsto dalla *Consensus Conference*, che la documentazione contenga gli elementi per delineare un profilo di funzionamento dell'alunno³¹. Gli alunni certificati come DSA possono beneficiare di misure compensative e dispensative per il raggiungimento degli obiettivi didattici. La presa in carico e l'intervento su tali studenti - per i quali non è prevista l'attribuzione alla classe dell'insegnante di sostegno - è effettuata dall'intera istituzione scolastica nel rispetto di quanto previsto dalla legge citata e dalle "Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento" allegate al Decreto Ministeriale 5669 del 12 luglio 2011³². Più precisamente la scuola predispone entro il primo trimestre dell'anno scolastico un Piano Didattico Personalizzato articolato per le

³¹ La diagnosi di DSA deve essere prodotta, di norma, entro il 31 marzo per gli alunni che frequentano gli anni terminali di ciascun ciclo scolastico, ad eccezione della prima certificazione diagnostica. Il riferimento riguarda la *Consensus Conference* n. 3 dell'Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Salute (2011) dedicata ai Disturbi Specifici di Apprendimento. Il profilo di funzionamento dell'alunno, che definisce con precisione le caratteristiche individuali con le aree di forza e di debolezza, deve essere aggiornato al passaggio da un ciclo scolastico all'altro (comunque non oltre i tre anni) e ogni volta che sia necessario modificare l'applicazione degli strumenti didattici e valutativi necessari.

³² La normativa commentata nel testo mette in generale in rilievo l'importanza di una organizzazione dei servizi territoriali capace di individuare precocemente i casi sospetti di DSA e di procedere celermente alla consultazione presso gli specialisti per l'eventuale certificazione. Per far fronte anche a tale necessità la Regione Toscana ha realizzato le "Linee guida per la diagnosi e la gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento", approvate con Delibera n. 1159 del 17 dicembre 2012. La Regione Toscana ha inoltre istituito con Decreto Dirigenziale n. 2332/2013 l'Osservatorio regionale sui disturbi specifici dell'apprendimento. L'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana ha inoltre avviato una rilevazione epidemiologica informatizzata dei soggetti con DSA sospetto o conclamato.

discipline coinvolte nel disturbo, nel quale sono indicate le attività didattiche personalizzate, le forme e le modalità di verifica (maggior tempo, minori esercizi, etc...) e tutti gli strumenti compensativi (uso di calcolatrici, programmi di video scrittura con correttore ortografico, etc...) e dispensativi (esonero dalla richiesta di lettura di un lungo brano, etc...) necessari per consentire all'alunno il conseguimento degli obiettivi didattici.

La numerosità assoluta degli alunni con DSA è piuttosto rilevante, sia nel contesto toscano che in quello italiano. Come si può osservare dalla seguente tabella 2.4 tale numerosità è nettamente aumentata negli anni considerati.

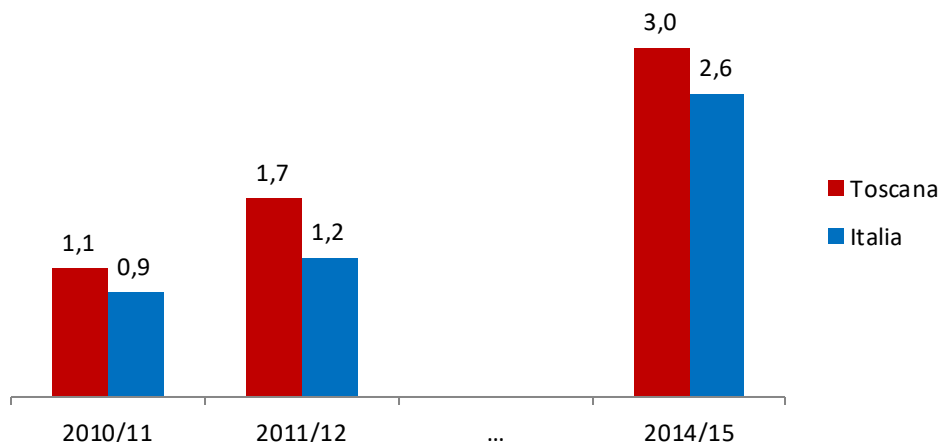
Tabella 2.4 - Numero di alunni con DSA per grado scolastico in vari anni scolastici. Toscana e Italia

Anno scolastico/Ambito territoriale	Primaria	Secondaria primo grado	Secondaria secondo grado	Totale
2010-2011				
Toscana	1.351	1.833	1.154	4.338
Italia	21.933	27.630	15.656	65.219
2011-2012				
Toscana	1.948	2.729	1.994	6.671
Italia	27.278	38.549	24.203	90.030
2014-2015				
Toscana	2.920	4.542	4.929	12.391
Italia	44.792	73.502	67.996	186.290

Fonte: i dati relativi agli anni 2010-2011 e 2011-2012 sono tratti da Miur (2013). Quelli riferiti all'a.s. 2011-2012 sono aggiornati al 15 febbraio 2013. Le informazioni relative al 2014-2015 sono tratte da Miur (2015) per quanto riguarda il contesto nazionale, mentre sono frutto di stima quelle per la Toscana. Tale stima è stata realizzata ipotizzando che la Toscana abbia per ogni grado scolastico la stessa percentuale di alunni DSA sul totale alunni in dicata da Miur (2015) per l'area geografica "centro", ossia 1,9% per la primaria, 4,7% per la secondaria di primo grado, 3,1% per la secondaria di secondo grado.

L'aumento osservato nella numerosità assoluta degli alunni DSA si rileva anche analizzando la loro quota percentuale sul totale degli alunni. Tali informazioni sono desumibili dal grafico 2.1.

Grafico 2.1 - Percentuale di alunni DSA sul totale alunni in vari anni scolastici. Toscana e Italia.



Fonte: Elaborazioni su dati Miur (2015)

Anche in questo caso si assiste ad un sostanziale raddoppio in entrambi i contesti territoriali. Il fenomeno è sicuramente interessante e necessiterebbe di un ulteriore approfondimento per poterne individuare adeguatamente le cause principali³³. Alcuni spunti di riflessione in proposito possono tuttavia essere formulati. Il primo di essi riguarda la constatazione che, essendo quelli mostrati nel grafico dei valori percentuali, l'aumento dei casi di DSA non è (o non è soltanto) legato alla dinamica degli alunni totali. Il secondo attiene invece al fatto che, probabilmente, dall'approvazione della legge 170/2010 e della seguente normativa in tema di DSA tale fenomeno ha iniziato gradualmente a manifestarsi, sebbene fosse presente anche in precedenza in maniera latente. Il terzo e ultimo spunto attiene alle capacità dei servizi territoriali – scolastici in primo luogo – di intercettare adeguatamente i bisogni degli alunni, individuandone in particolare in maniera precoce le difficoltà che potranno condurre ad una certificazione di DSA.

Al di là delle questioni strettamente afferenti alla didattica e alla numerosità degli alunni con DSA, è importante in questa sede sottolineare come l'intento della normativa loro dedicata – così come quella per gli studenti con disabilità – travalica l'ambito scolastico per abbracciare l'intero progetto di vita dei soggetti con disturbi

³³ Un importante contributo in tal senso potrà provenire dall'indagine sui soggetti DSA sospetti o conclamati avviata dall'ARS Toscana. In merito all'incidenza percentuale dei DSA sul totale, pare importante sottolineare che l'ARS Toscana afferma che “secondo quanto riportato in letteratura, il DSA mostra una prevalenza che varia tra il 3% e il 4,5% della popolazione in età evolutiva”. Dunque, nonostante il repentino incremento, la quota percentuale di alunni con DSA pare essere in linea con quanto affermato dalla letteratura scientifica. In merito a quanto riportato nella presente nota si veda l'ARS news del 22/11/2013 al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/it/news/2180-disturbi-specifici-dell-apprendimento-nei-ragazzi-toscani-avviata-la-rilevazione-dell-ars.html>

specifici dell'apprendimento. Infatti, tra le finalità della legge 170/2010 dettagliate all'art. 2 si nota sia l'obiettivo di riduzione dei disagi relazionali ed emozionali, che quello di assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale³⁴. Non solo, la *ratio* della normativa in questione pare essere collegata anche all'ambito sociale, in quanto un alunno che presenta disturbi specifici dell'apprendimento non riconosciuti otterrà con maggiore probabilità risultati scolastici, personali, relazionali e professionali minori dato che le sue peculiarità potrebbero influire negativamente sul suo percorso di vita con possibili ripercussioni anche sull'intera collettività. Se invece il disturbo viene riconosciuto tempestivamente e vengono intraprese delle misure adatte ed opportune il nesso di causalità negativa può essere interrotto sin dall'origine, rendendo possibile per il soggetto intraprendere un percorso didattico e, soprattutto di vita, maggiormente gratificante per sé stesso e per l'intera collettività.

Queste ultime riflessioni sono calzanti anche a proposito dell'ultimo ambito di svantaggio presente all'interno della categoria dei Bisogni Educativi Speciali, ossia quelli afferenti ad alunni con altre difficoltà educative ed apprenditive. A differenza delle due categorie precedenti, questa presenta dei contorni non troppo definiti in quanto la normativa vi fa rientrare tutti coloro che presentano uno svantaggio socio-culturale, familiare, affettivo o di altro tipo non necessariamente diagnosticabile e/o certificabile in ambito sanitario. Si tratta di una classificazione introdotta con la Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 recante "Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Come chiarito anche nella Circolare Ministeriale n. 8 del 2013, con queste norme si intende ridefinire e completare "il tradizionale approccio all'integrazione scolastica, basato sulla certificazione della disabilità, estendendo il campo di intervento e di responsabilità di tutta la comunità educante all'intera area dei Bisogni Educativi Speciali", i quali comprendono anche i casi di svantaggio sociale e culturale nonché le difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse. Un ulteriore chiarimento relativo a chi può rientrare in questo terzo ambito dei BES lo offre la Nota ministeriale prot. n. 2563 del 22 novembre 2013 quando afferma che con la normativa citata si è voluto "in primo luogo fornire tutela a tutte quelle situazioni in cui è presente un disturbo clinicamente fondato, diagnosticabile ma non ricadente nelle previsioni della Legge 104/92 né in quelle della Legge 170/2010" e in secondo "ricomprendere altre situazioni che si pongono comunque oltre l'ordinaria difficoltà di apprendimento". Se risulta piuttosto complesso definire chi rientra nell'ambito oggetto di analisi, anche la procedura di individuazione degli alunni e la predisposizione dell'intervento risultano articolati. Il *corpus* normativo citato prevede che è compito del Consiglio di Classe nelle scuole secondarie e del *team* di docenti nelle primarie l'individuazione in autonomia,

³⁴ A conferma di ciò si veda il paragrafo 2.2 dedicato all'inclusione in ambito universitario, nel quale si mette in rilievo che la normativa sui DSA disciplina anche il proseguimento degli studi oltre la scuola secondaria di secondo grado.

eventualmente sulla base di criteri forniti dal Collegio dei Docenti, dei casi nei quali è necessaria una personalizzazione dell'azione educativa e didattica, anche ricorrendo all'elaborazione di un Piano Didattico Personalizzato e all'adozione degli strumenti compensativi e dispensativi previsti dalla Legge 170/2010. L'individuazione degli alunni dovrà comunque essere effettuata sulla base “di elementi oggettivi (come ad esempio una segnalazione degli operatori dei servizi sociali) ovvero di ben fondate considerazioni psicopedagogiche e didattiche”. E' utile inoltre chiarire che il Piano Didattico Personalizzato è lo strumento che consente la presa in carico dello studente con difficoltà, che comunque deve essere effettuata in maniera congiunta tra scuola e famiglia, nell'intento di favorire non solo il miglioramento delle prestazioni didattiche ma anche l'integrazione dell'alunno e dunque un miglior sviluppo del suo percorso di vita³⁵.

Prima di procedere oltre è interessante osservare alcuni dati sull'inclusione nelle scuole italiane. La normativa sul processo di valutazione impone agli istituti scolastici di redigere un apposito Rapporto di Autovalutazione (RAV), quale documento che fornisce una rappresentazione della scuola attraverso una analisi del suo funzionamento³⁶. Il RAV è composto da una serie di indicatori, tra i quali nella terza parte dedicata a “Processi-pratiche educative e didattiche” è presente il 3.3.a.1 riguardante le “Azioni attivate per l'inclusione”. Questo indicatore considera la numerosità di azioni realizzate dalle scuole per garantire l'inclusione degli studenti con svantaggio, con particolare riguardo a quelli con disabilità e con cittadinanza non italiana. Le tipologie di azioni prese in esame sono le cinque seguenti:

- ✓ la progettazione di itinerari comuni per specifici gruppi di studenti (es. studenti con cittadinanza non italiana, studenti con BES),
- ✓ la realizzazione di progetti prioritari sui temi della prevenzione del disagio e dell'inclusione,
- ✓ l'attivazione di corsi di formazione per docenti riguardanti l'inclusione degli studenti con disabilità e/o l'inclusione degli studenti con cittadinanza non italiana,
- ✓ l'aver costituito gruppi di lavoro formalizzati di docenti che si occupano di inclusione,
- ✓ la partecipazione a reti di scuole che abbiano, come attività prevalente, l'inclusione degli studenti con disabilità e/o l'inclusione degli studenti con cittadinanza non italiana.

³⁵ In merito agli studenti stranieri con difficoltà linguistiche, la normativa precisa che essi necessitano “anzitutto di interventi didattici relativi all'apprendimento della lingua e solo in via eccezionale della formalizzazione tramite Piano Didattico Personalizzato”.

³⁶ Il RAV fa parte del processo di valutazione degli istituti scolastici previsto dal Sistema Nazionale di Valutazione (SNV). Le norme che disciplinano la valutazione – tra le quali si trovano *in primis* la legge 10/2011, il DPR 80/2013 e la Direttiva 11/2014 – indicano che il RAV è un tassello importante dell'intero processo di valutazione, che comprende anche altri fattori. Per un approfondimento sul tema si veda il sito del Sistema Nazionale di Valutazione del MIUR al seguente link: <http://www.istruzione.it/snv/index.shtml>

I dati, riportati nella seguente tabella 2.5, sono tratti da un apposito questionario che ogni istituto ha compilato nel febbraio 2015.

Tabella 2.5 - Ripartizione percentuale dei dati relativi all'indicatore 3.3.a.1 "Azioni attivate per l'inclusione" del RAV per le scuole del I o II ciclo³⁷. Contesti italiano, toscano e provinciale toscano. A.s. 2014-2015.

Provincia	Ciclo	Nessuna o una azione fra quelle indicate (%)	Due o tre azioni fra quelle indicate (%)	Quattro o cinque azioni fra quelle indicate (%)
Arezzo	I°	8,6	71,4	20,0
	II°	5,6	61,1	33,3
Firenze	I°	2,9	55,9	41,2
	II°	19,4	75,0	5,6
Grosseto	I°	15,8	47,4	36,8
	II°	18,2	54,5	27,3
Livorno	I°	0	56,7	43,3
	II°	0	92,3	7,7
Lucca	I°	2,6	79,5	17,9
	II°	18,8	68,7	12,5
Massa Carrara	I°	5,0	70,0	25,0
	II°	16,7	66,6	16,7
Pisa	I°	6,1	60,6	33,3
	II°	20,0	70,0	10,0
Prato	I°	0	22,2	77,8
	II°	0	37,5	62,5
Pistoia	I°	12,5	50,0	37,5
	II°	0	81,2	18,8
Siena	I°	4,0	84,0	12,0
	II°	7,7	92,3	0
Toscana	I°	5,1	61,5	33,4
	II°	12,3	71,7	16,0
Italia	I°	13,5	61,2	25,3
	II°	22,2	63,9	13,9

Fonte: Miur

³⁷ L'ordinamento scolastico si struttura in due cicli di studio: il primo comprendente la scuola primaria e quella secondaria di primo grado, il secondo riguardante la scuola superiore di secondo grado. Si veda il seguente link per un approfondimento: http://www.istruzione.it/urp/ordinamento_scolastico.shtml

Il confronto tra il contesto toscano e quello italiano mostra dei valori più elevati per il primo sia per quanto riguarda la realizzazione di due o tre azioni, che per lo svolgimento di quattro o cinque attività tra quelle elencate. L'analisi del dettaglio provinciale mette tuttavia in rilievo una significativa differenziazione tra i valori dei diversi contesti territoriali.

Una volta chiariti i dettagli degli studenti con Bisogni Educativi Speciali è utile adesso concentrare l'attenzione sulle iniziative e le azioni adottate per favorire l'integrazione e il successo scolastico di tali alunni. La riformulazione del concetto di svantaggio in ambito scolastico citata precedentemente ha infatti inciso anche nelle modalità e negli strumenti volti a tutelare gli alunni in difficoltà educative ed apprenditive. In particolare, tre sono le direttrici che sembrano venir seguite: il rafforzamento delle competenze educative e didattiche legate alla gestione degli alunni BES da parte di tutti gli insegnanti curricolari e di tutto il personale delle scuole, la rivisitazione dell'insegnante di sostegno quale figura maggiormente specializzata, la creazione di una rete territoriale di supporto agli istituti scolastici sui temi in questione. Sulle prime due, si noti che in Parlamento esponenti della maggioranza hanno presentato il 10 giugno 2014 il disegno di legge (AC 2444) recante "Norme per migliorare la qualità dell'inclusione scolastica degli alunni con disabilità e con altri bisogni educativi speciali" che tuttavia non ha avuto seguito. Nella legge di riforma della scuola (legge 107/2015, cd. "Buona Scuola") approvata a metà luglio 2015 dal Parlamento è prevista – tra le altre – una delega al Governo (art. 1 c. 180 e segg.) per la promozione dell'inclusione scolastica mediante la ridefinizione del ruolo del personale dell'insegnante di sostegno, la revisione dei criteri di inserimento nei ruoli per il sostegno didattico, la riscrittura delle modalità e dei criteri relativi alla certificazione volta a individuare le abilità residue degli alunni, la previsione della formazione iniziale e in servizio sui temi dell'integrazione scolastica per docenti, dirigenti e – per gli ambiti legati all'assistenza di base e agli aspetti organizzativi – anche il personale amministrativo tecnico e ausiliario. Tale delega, che dovrà essere esercitata entro diciotto mesi, potrà introdurre delle significative modifiche – ancora oggi difficilmente prevedibili nell'entità e nelle modalità - all'attuale struttura del sostegno scolastico. Esse, tuttavia, qualora recuperino lo spirito della proposta di legge presentata a metà 2014, dovrebbero appunto andare nella direzione di una presa in carico degli alunni BES da parte dell'intero personale scolastico in maniera ancora più marcata e collegiale rispetto a quanto previsto attualmente, nonché di quella della specializzazione ulteriore della figura dell'insegnante di sostegno. Oltre a tali aspetti, sui quali pare ci sia un consenso diffuso, l'impressione generale è tuttavia che si stiano fronteggiando due diverse correnti di pensiero, entrambe aventi l'obiettivo di migliorare l'inclusione nel nostro Paese. In estrema sintesi, alcuni propendono per la separazione della formazione e della carriera degli insegnanti di sostegno da tutti gli altri per farne un corpo altamente specializzato e dedicato, mentre altri ritengono che vada aumentato il livello di inclusione di tutto il contesto scolastico anche mediante azioni

volte al superamento delle attuali divisioni tra il personale della scuola³⁸. Si noti inoltre che la legge di riforma della scuola citata poc'anzi ha introdotto il cd. "organico dell'autonomia" (art. 1 c. 59 e segg.), composto da tutti i docenti assegnati all'istituto scolastico più alcune unità - cd organico di "potenziamento" - derivanti dal piano straordinario di assunzioni che potranno essere utilizzati con maggiore libertà dalle scuole. Nel complesso la legge ha autorizzato una dotazione aggiuntiva che determina l'organico di potenziamento di complessivi 48.812 docenti per tutti i gradi di scuola e di 6.446 insegnanti di sostegno. Di tale dotazione aggiuntiva la Toscana ha beneficiato di 2.937 posti per tutti i gradi di scuola e di 354 insegnanti di sostegno. Pur essendo ancora presto per sbilanciarsi sull'efficacia di tale strumento, pare comunque oggi importante sottolinearne la portata, dato che le conseguenze che potrà avere anche sull'inclusione degli alunni in una qualche situazione di svantaggio potranno non essere trascurabili.

La terza delle tre direttrici - quella legata alla rete territoriale di supporto sul tema dell'inclusione - è stata seguita principalmente mediante la realizzazione dei Centri Territoriali di Supporto (CTS). I CTS nascono nell'anno scolastico 2005/2006 grazie alle azioni 4 e 5 del progetto Miur "Nuove tecnologie e disabilità", con i seguenti compiti: realizzare una rete territoriale permanente che consenta di accumulare, conservare e diffondere le conoscenze e le risorse strumentali; attivare sul territorio iniziative di formazione sull'uso corretto delle tecnologie³⁹. Con la Direttiva del 27 dicembre 2012 avente per oggetto "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" i compiti dei CTS vengono ampliati e dettagliati nei seguenti: informazione, formazione e consulenza a docenti, genitori e alunni; formazione sui temi dell'inclusione scolastica; gestione degli ausili e fornitura degli stessi in comodato d'uso; individuazione e diffusione di buone pratiche; svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione⁴⁰. Il Miur finanzia le attività dei CTS con fondi dedicati. Ogni CTS deve avere un proprio regolamento e una *équipe* di docenti curricolari e di sostegno. Il dirigente scolastico dell'istituto nel quale il CTS è istituito ha la responsabilità amministrativa e organizzativa del centro. La Direttiva Ministeriale introduce anche la possibilità di istituire i CTI, ossia i Centri Territoriali di Inclusione. L'organizzazione territoriale per l'inclusione prevede un gruppo di lavoro all'interno della singola scuola (Gruppo di Lavoro per l'Inclusione, GLI), eventualmente coadiuvato da un analogo gruppo di rete o distrettuale, un CTI a livello di distretto socio-sanitario e, almeno, un CTS nel territorio provinciale. L'intento della normativa è quello di stabilire delle relazioni forti, costanti e proficue non solo con i singoli istituti scolastici, ma anche con gli Enti locali, i servizi socio-sanitari, le associazioni di genitori delle persone con disabilità, etc..., diventando pertanto anche il

³⁸ Si veda in proposito lanes e Tomasi (2015).

³⁹ Quanto riportato di seguito si basa principalmente su informazioni gentilmente fornite dall'USR Toscana.

⁴⁰ Oltre ai compiti descritti nel testo i CTS e CTI toscani da aprile 2014 si occupano anche di bullismo e cyber bullismo.

fulcro delle azioni rivolte al tema dell'inclusività. Una particolare importanza nella disciplina dei CTS e dei CTI è data dalla loro diffusione territoriale, che deve essere provinciale per i primi e distrettuale per i secondi⁴¹. In Toscana, con il decreto n. 29 del 27 marzo 2015 del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale sono stati costituiti i CTS e i CTI sotto forma di rete. Con il DDG dell'Usr Toscana n. 159 del 16 maggio 2016 tale rete è stata riorganizzata, sostituendo alcune scuole come sede di un centro e istituendone di ulteriori. Attualmente sono presenti in Toscana 11 CTS e 23 CTI, suddivisi per Provincia così come mostrato nella seguente tabella 2.6.

Tabella 2.6 - Centri Territoriali di Supporto e Centri Territoriali per l'Inclusione istituiti in Toscana per Provincia.

Provincia	Centri Territoriali di Supporto (CTS)	Centri Territoriali per l'Inclusione (CTI)
Firenze	Direzione Didattica Empoli 1	Istituto Comprensivo Rignano Incisa
	Istituto Comprensivo Sesto Fiorentino 1	Istituto Comprensivo Pontassieve IISS B. Cellini
Arezzo	ITIS G. Galilei - Arezzo	Istituto Comprensivo Magiotti - Montevarchi
		Istituto Comprensivo Anghiari
		Direzione Didattica I° Circolo Cortona
		Istituto Comprensivo B. Dovizi - Bibbiena
Grosseto	IIS Bianciardi - Grosseto	Istituto Comprensivo P. Aldi - Manciano
		Istituto Comprensivo Don Curzio Breschi - Massa Marittima
		Istituto Comprensivo Vannino Lazzeretti - Castel del Piano
		IIS Leopoldo II di Lorena - Grosseto
		Liceo "Rosmini"
Livorno	Liceo Cecioni - Livorno	SS I° grado Guardi - Piombino
Lucca	Istituto Comprensivo Piaggia - Capannori	IIS Machiavelli, Civitali, Paladini - Lucca
		Istituto Comprensivo Massarosa 1
		Istituto Comprensivo Castelnuovo di Garfagnana
Massa Carrara	Istituto Comprensivo Don Milani - Marina di Massa	Direzione Didattica Aulla

⁴¹ La Direttiva citata mette tuttavia in rilievo che è facoltà degli Uffici Scolastici Regionali organizzare la rete dei CTS/CTI nella maniera più funzionale al territorio di riferimento.

Pisa	IPSAAR "Matteotti - Pisa"	ISIS Carducci - Volterra
		Istituto Comprensivo Pacinotti - Pontedera
		Istituto Comprensivo G. Galilei - Montopoli Val d'Arno
Pistoia	Ist. Prof. L. Einaudi - Pistoia	Ist. Alberghiero F. Martini - Montecatini Terme
Siena	Istituto Comprensivo Cecco Angiolieri - Siena	Direzione Didattica Colle in Val d'Elsa II
		Istituto Comprensivo Montepulciano Area Nord
Prato	Istituto Comprensivo Gandhi - Prato	

Fonte: Ufficio Scolastico Regionale Toscana. DDG Ustr Toscana n. 159/2016.

Si nota la presenza di un CTS per ogni territorio provinciale affiancati da uno o più CTI. A questo schema fanno eccezione il contesto fiorentino, dove sono presenti due CTS, e quello pratese, nel quale non è stato istituito nessun CTI. Prima di concludere il paragrafo è importante soffermare l'attenzione sul ruolo di tali centri relativamente al tema dei disturbi dello spettro autistico⁴². Al fine di favorire la diffusione di risposte operative efficaci ed appropriate, il Miur ha attivato nel 2015 il progetto sperimentale "Sportello Autismo". Tali sportelli, attivati inizialmente presso alcuni CTS/CTI di sette Regioni italiane, hanno la funzione di supportare le scuole che accolgono alunni autistici su questioni inerenti lo svolgimento della didattica con le nuove tecnologie, la promozione di una corretta presa in carico degli studenti, la selezione e la diffusione di buone pratiche, la collaborazione con enti e associazioni, il monitoraggio dell'evoluzione quantitativa del fenomeno. Più in generale gli Sportelli Autismo si propongono di divenire un punto di raccordo e di riferimento tra scuola, famiglie e servizi socio-sanitari. La Toscana ha fatto parte delle sette Regioni nelle quali tale progetto sperimentale è stato avviato, attivando tre Sportelli Autismo presso le seguenti istituzioni scolastiche già sede di CTS/CTI: Istituto Comprensivo Cecco Angiolieri di Siena, Istituto Comprensivo Gandhi di Prato, Direzione Didattica I° Circolo Cortona in provincia di Arezzo. Con il D.M. 435/2015, che ha finanziato la diffusione di progetti volti a sostenere l'inclusione degli alunni con autismo, e grazie al protocollo sull'autismo siglato nel 2015 tra Regione Toscana, Ustr Toscana e ANCI Toscana tali sportelli sono attualmente in via di creazione presso tutti i CTS della regione.

⁴² Sul tema dell'autismo si ricorda in ambito nazionale l'approvazione della legge n. 134/2015, mentre nel contesto regionale il protocollo siglato nel 2015 tra Regione Toscana, Ustr Toscana e ANCI Toscana. Per maggiori informazioni sui contenuti di quest'ultimo documento si veda il Primo Rapporto sulla Disabilità in Toscana (Caterino *et alii*, 2015).

2.2. L'inclusione degli studenti con svantaggio nei percorsi di studio universitari

L'inclusione sociale delle persone con disabilità si esplica non solo all'interno del percorso scolastico ma anche in quello universitario. Il primo comma dell'art. 13 della legge 104/1992 afferma infatti esplicitamente che l'inclusione delle persone con disabilità avviene sia nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado, che nelle università. Tale norma prevede inoltre che l'inclusione venga attuata anche attraverso specifiche dotazioni strumentali e particolari procedure. I principali sono riassumibili nelle seguenti fattispecie: la dotazione delle scuole e delle università di attrezzature tecniche e di sussidi didattici; le convenzioni con centri specializzati, aventi funzione di consulenza pedagogica e di produzione e adattamento di specifico materiale didattico; la programmazione di interventi adeguati sia al bisogno della persona sia alla peculiarità del piano di studio individuale; l'uso di interpreti per facilitare la frequenza e l'apprendimento di studenti non udenti.

La legge 17/1999 "Integrazione e modifica della legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" è successivamente intervenuta sulla normativa in vigore introducendo alcune novità di rilievo⁴³. In particolare, il legislatore ha previsto:

1. l'utilizzo per gli studenti disabili iscritti all'università di appositi sussidi tecnici e didattici nonché di poter fruire di un servizio di tutorato specializzato (art. 13 c. 6 bis della legge 104/1992);
2. la possibilità di attivare un trattamento individualizzato per gli studenti con disabilità iscritti all'università, con particolare riferimento all'utilizzo di specifici mezzi tecnici e allo svolgimento di prove equipollenti su proposta del servizio di tutorato specializzato e previa intesa con il docente (art. 16 c. 5 della legge 104/1992);
3. l'istituzione della figura del docente delegato per il coordinamento, monitoraggio e supporto di tutte le attività destinate agli studenti con disabilità (art. 16 c. 5 bis della legge 104/1992);
4. un capitolo specifico del Fondo di Finanziamento Ordinario (FFO) dell'Università per il finanziamento delle azioni rivolte agli studenti con svantaggio (art. 2 legge 17/1999).

Il quadro normativo inerente al contesto universitario si è successivamente arricchito con la legge 170/2010 dedicata agli studenti con Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA). Tale norma, già citata in merito all'inclusione degli alunni con svantaggio scolastico, introduce alcune disposizioni a tutela degli alunni con DSA iscritti ad un percorso di studi universitario. In particolare, tale norma prevede la possibilità di fruire di provvedimenti dispensativi e compensativi anche negli studi universitari (art. 5 c. 1) e di beneficiare di adeguate forme di verifica e valutazione anche per Esami di Stato, ammissione all'Università e per singoli esami universitari (art. 5 c. 4)⁴⁴. L'art. 7 della

⁴³ Per una analisi delle politiche regionali in materia si veda il capitolo 3.

⁴⁴ Le "Linee Guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento", emanate con il Decreto Ministeriale del 12 luglio 2011, affermano quale

legge 170/2010 rinvia alle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento” emanate con il Decreto Ministeriale del 12 luglio 2011 per ulteriori dettagli⁴⁵. Il paragrafo 6.7 di tale documento specifica infatti, tra le altre cose, che l'università è tenuta ad acquisire la diagnosi di DSA ai sensi dell'art. 3 della legge stessa, ma anche che ogni ateneo deve adoperarsi per individuare i casi sospetti di DSA utilizzando strumenti opportuni. Le Linee guida affermano inoltre la necessità di introdurre soluzioni didattiche e valutative opportune per gli studenti DSA anche utilizzando le nuove tecnologie. Al di là delle specifiche previsioni della legge 170/2010 pare importante sottolineare il fatto che tale norma introduce – come nell'ambito scolastico – una radicale modifica del concetto di svantaggio nel percorso di studi universitario, adesso non più legato esclusivamente alla disabilità certificata ai sensi della legge 104/1992 ma ampliato anche ad altre fattispecie, quali appunto quelle dei disturbi specifici dell'apprendimento. Queste ultime, infatti, pur non essendo disabilità possono comunque provocare delle rilevanti difficoltà sia in ambito didattico che, più in generale, nel percorso di vita della persona. La tutela di tali fattispecie passa per le misure e le azioni sinteticamente discusse poc'anzi e, più in generale, per l'introduzione anche in ambito universitario del concetto di didattica personalizzata e individualizzata.

Proseguendo con l'analisi della normativa, delle strutture e delle azioni volte a garantire l'inclusione degli alunni con svantaggio nei percorsi di studi universitari, è utile soffermare l'attenzione sulla costituzione nel 2001 della Conferenza Nazionale Universitaria dei Delegati per la Disabilità (CNUDD). Tale Conferenza, composta appunto dai delegati per la disabilità di ogni ateneo, nasce per discutere e coordinare le azioni rivolte alla tutela degli studenti con svantaggio. Il relativo sito internet riporta che “la finalità principale della CNUDD è di consentire lo scambio di informazioni ed esperienze tra le diverse università e condividere alcune linee di indirizzo per le attività di tutti gli Atenei attivando tutti i servizi necessari a rendere operativa la normativa prevista dalla Legge 17/99 e cercando di rispondere nel modo più adeguato alle esigenze degli studenti disabili nel loro percorso formativo universitario”⁴⁶. Il CNUDD si è dotato di un regolamento approvato nel gennaio 2012 e di Linee guida, redatte in una prima versione in seguito alla costituzione della Conferenza e riviste nella versione attuale nel luglio 2014. Tali Linee guida assumono una significativa importanza in quanto descrivono i servizi e le attività che ogni singola università è tenuta a mettere in atto. In particolare in tale documento vengono esplicitate le attività del delegato del rettore, nonché dettagliati i servizi specifici rivolti a studenti con disabilità (tutorato, assistenza alla mobilità e alla persona) e anche quelli dedicati a studenti con disabilità o con DSA (materiali didattici e supporti tecnologici; modalità di verifica e prove

criterio generale di ritenere accettabile la concessione fino al 30% di tempo in più durante i test di ammissione, fatta salva l'introduzione di altre misure a discrezione dei singoli Atenei.

⁴⁵ Come specificato nella premessa alle recenti Linee guida del CNUDD un delegato della stessa Conferenza ha partecipato al tavolo predisposto dal MIUR per la realizzazione delle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA” citate nel testo.

⁴⁶ Il sito del CNUDD è consultabile al seguente link: <https://www.cru.it/cnudd.html>

d'esame; supporto alla mobilità internazionale; orientamento in entrata, in itinere e in uscita).

La numerosità degli studenti con disabilità iscritti all'università non è un dato attualmente rilevato. E' tuttavia possibile fornire una stima di essi analizzando la numerosità di esoneri, parziali o totali, concessi dai singoli atenei agli studenti con disabilità. Infatti, l'articolo 9 c. 2 del d.lgs. 68/2012 prevede l'esonero totale dalla tassa di iscrizione e dal versamento dei contributi per tutti gli studenti con disabilità certificata ai sensi della legge 104/1992 o con invalidità pari o superiore al 66%. Il comma 7 lett. a) afferma invece la possibilità per le università di esonerare parzialmente o totalmente gli studenti "con disabilità con invalidità inferiore al 66%". Pertanto, le stime presentate nella seguente tabella 2.7 devono essere considerate come una stima per difetto degli alunni con disabilità iscritti un corso di laurea triennale, magistrale, di vecchio ordinamento, di dottorato, di specializzazione o, ancora, a master di primo o secondo livello. Tali dati rappresentano una stima per difetto anche in quanto, per ragioni legate alla *privacy*, sulla banca dati del Miur tutti i valori pari o inferiori alle tre unità vengono oscurati. Le informazioni sull'ambito universitario devono essere considerate contestualmente a quelle riferite agli istituti di Alta Formazione Artistica e Musicale e coreutica (AFAM). Tali dati, come quelli presentati in precedenza, rappresentano una stima per difetto per le ragioni esplicitate poc'anzi. L'unica differenza rispetto a quanto già scritto riguarda la norma di riferimento, che è l'art. 15 c. 6 del DPCM del 9 aprile 2001. Il contenuto è tuttavia lo stesso, dato che essa prescrive che "le istituzioni per l'alta formazione artistica e musicale esonerano totalmente dal pagamento di qualsiasi tassa di iscrizione e di frequenza, nonché da tutti gli eventuali contributi [...] gli studenti in situazione di handicap con un'invalidità riconosciuta pari o superiore al 66 per cento."

Tabella 2.7 - Informazioni relative agli esoneri parziali o totali dalla contribuzione per disabilità e quota di studenti con tale esonero sul totale degli iscritti in università o istituti AFAM italiane e toscane⁴⁷. Anno accademico 2014-2015. Valori assoluti e percentuali.

	Numero esoneri totali	Numero esoneri parziali	Totale studenti con disabilità	Totale studenti	Incidenza studenti con disabilità sul totale (val. %)
Università toscane	1.177	0	1.177	122.803	0,96
Università italiane	13.854	1.940	15.794	1.756.846	0,90
Istituti AFAM toscani	16	0	16	4.370	0,37
Istituti AFAM italiani	434	19	453	86.872	0,52

Fonte: Miur - Statistica e Studi (Università e Ricerca) - Rilevazione "Contribuzione e interventi" e Banca dati dell'Alta Formazione Artistica e Musicale. I dati presenti nelle colonne "totale studenti con disabilità" e "Incidenza studenti con disabilità sul totale" sono elaborazioni su dati in tabella.

La stima degli studenti con disabilità qui presentata mette in evidenza la loro esigua numerosità, sia in termini assoluti che relativamente al totale degli iscritti⁴⁸. Il paragone tra il contesto italiano e quello toscano mostra che la percentuale degli studenti con disabilità è simile, mentre il confronto tra l'ambito AFAM e quello universitario mette in rilievo una maggiore incidenza relativa a favore di quest'ultimo.

⁴⁷ Le università toscane statali e non statali considerate sono quelle presenti nella banca dati dell'Università del MIUR: Istituto Italiano di Scienze Umane di Firenze, Università degli Studi di Firenze, Università Telematica di Firenze "Italian University Line", Scuola Normale Superiore di Pisa, Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa, Università degli Studi di Pisa, Università degli Studi di Siena, Università per Stranieri di Siena, Scuola IMT Alti Studi di Lucca. Le istituzioni AFAM toscane considerate sono quelle presenti nella banca dati AFAM del MIUR: Accademia delle Belle Arti di Firenze, Accademia delle Belle Arti di Carrara, Conservatorio di Musica di Firenze "Luigi Cherubini", Istituto Musicale Pareggiato di Livorno "Pietro Mascagni", Istituto Musicale Pareggiato di Lucca "Luigi Boccherini", Istituto Musicale Pareggiato di Siena "Rinaldo Franci", Istituto Superiore per le Industrie Artistiche di Firenze, Istituzioni autorizzate a rilasciare titoli AFAM (art. 11 DPR n. 212 del 8/7/2005) di Fiesole (Scuola di Musica di Fiesole), di Firenze (Accademia italiana di Arte, Moda e Design) e di Siena (Fondazione Siena Jazz). La banche dati citate sono consultabili al seguente link: <http://statistica.miur.it/>

⁴⁸ Il paragone tra la percentuale di alunni iscritti a scuola sul totale degli alunni con il medesimo indicatore riferito all'università non è del tutto calzante date le differenze tra i contesti scolastico e universitario, ma può fornire una indicazione interpretativa dei dati presentati nel testo. In Toscana la percentuale di alunni con disabilità sul totale era nell'a.s. 2014-2015 pari al 2,55% (USR Toscana, 2015), mentre in Italia nel 2013 uguale al 2,5% (fonte: banca dati "disabilitàincifre" di Istat). In termini di punti percentuali la partecipazione delle persone disabili a scuola è dunque più che doppia rispetto a quanto osservato in ambito universitario.

Una ulteriore analisi interessante è quella relativa allo studio delle serie storiche relative alla numerosità degli studenti con disabilità e alla percentuale di studenti con disabilità sul totale negli ultimi dieci anni accademici. Tali informazioni, riferite all'ambito universitario toscano e italiano, sono contenute nella seguente tabella 2.8.

Tabella 2.8 - Totale studenti con disabilità e percentuale degli stessi sul totale studenti iscritti all'Università nell'anno accademico considerato.

Anno accademico	Totale studenti con disabilità		% studenti con disabilità	
	Università Toscane	Università Italiane	Università Toscane	Università Italiane
2005-2006	757	12.618	0,51	0,63
2006-2007	840	12.860	0,56	0,64
2007-2008	966	14.409	0,66	0,72
2008-2009	1.058	14.595	0,74	0,75
2009-2010	1.064	15.784	0,78	0,81
2010-2011	1.080	16.867	0,80	0,87
2011-2012	1.103	17.160	0,85	0,90
2012-2013	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2013-2014	1.125	15.245	0,92	0,85
2014-2015	1.177	15.794	0,96	0,90
Incremento nel periodo (v.a. o p.p.)	+420 studenti	+3.176 studenti	+0,45 p.p.	+0,27 p.p.

Fonte: elaborazioni su dati Miur - Statistica e Studi (Università e Ricerca) - Rilevazione "Contribuzione e interventi".

I dati mostrano un costante e rilevante aumento della numerosità assoluta dei soggetti con disabilità iscritti all'università sia nel contesto toscano che in quello italiano. L'incremento più consistente si ha proprio negli atenei toscani, nei quali si registra un +55,5%, a fronte di una crescita del +25,2% osservata nell'intero panorama nazionale. Anche la quota degli studenti con disabilità sul totale degli iscritti è cresciuta in maniera significativa, giungendo quasi a raddoppiare il valore di partenza nell'ambito toscano (+0,45 p.p.) e ad aumentare di quasi la metà in quello nazionale (+0,27 p.p.). E' necessario comunque sottolineare che, nonostante gli aumenti osservati, gli studenti con disabilità continuano ad essere una quota esigua del totale degli iscritti. Il trend di crescita osservato risulta infatti fortemente condizionato dai valori di partenza, che sono di entità ancora più ristretta.

La stessa analisi svolta per il contesto universitario può essere realizzata per le istituzioni di Alta Formazione Artistica Musicale e coreutica (AFAM). Tali informazioni sono contenute nella successiva tabella 2.9.

Tabella 2.9 - Totale studenti con disabilità e percentuale degli stessi sul totale studenti iscritti ad una istituzione AFAM nell'anno accademico considerato.

Anno accademico	Totale studenti con disabilità		% studenti con disabilità	
	AFAM toscane	AFAM italiane	AFAM toscane	AFAM italiane
2005-2006	0	83	0,00	0,12
2006-2007	7	132	0,24	0,20
2007-2008	4	223	0,11	0,34
2008-2009	3	206	0,08	0,29
2009-2010	3	240	0,08	0,33
2010-2011	5	339	0,14	0,44
2011-2012	3	383	0,08	0,48
2012-2013	11	406	0,29	0,50
2013-2014	15	490	0,36	0,58
2014-2015	16	453	0,37	0,52
Incremento nel periodo (v.a. o p.p.)	+16 studenti	+370 studenti	+0,37 p.p.	+0,40 p.p.

Fonte: elaborazioni su dati Miur - Statistica e Studi (Università e Ricerca) - Banca dati dell'Alta Formazione Artistica e Musicale.

Si nota innanzitutto – come atteso – una numerosità assoluta generale assai più contenuta rispetto a quanto osservato per l'ambito universitario, a causa principalmente di un numero di iscritti complessivo alle AFAM assai più contenuto. Da notare tuttavia che anche la percentuale di studenti con disabilità sul totale degli iscritti si attesta generalmente su livelli inferiori rispetto a quanto osservato per le università, indice di un *appeal* relativamente minore. Venendo adesso a commentare l'andamento delle serie storiche dei due indicatori, si osserva anche in questo caso una crescita significativa. Come osservato in precedenza, tuttavia, è opportuno notare che tale crescita è fortemente condizionata dagli esigui valori di partenza.

2.3. Disabilità e lavoro

Il lavoro rappresenta uno dei principali ambiti attraverso cui si esprime il contributo dei singoli al benessere della collettività e, in virtù di ciò, il sentirsi parte attiva di una comunità di pari. La funzione del lavoro come strumento di costruzione identitaria dell'individuo è del resto riconosciuta dall'art. 4 della nostra Costituzione, come diritto-dovere di ogni cittadino – secondo le proprie possibilità e scelte – di svolgere un'attività che concorra al progresso materiale e spirituale della società. Con riferimento alla disabilità, in Italia il Legislatore si è mosso già nel 1968, con La Legge 482 sul cd. Collocamento *obbligatorio*, per garantire tale diritto-dovere alle persone con disabilità, attraverso l'individuazione del posto di lavoro più adeguato alle capacità lavorative della persona. È tuttavia la Legge 68/1999 sul Collocamento *mirato* che introduce l'intervento individualizzato e strumenti di valutazione delle capacità lavorative della persona con disabilità, al fine di poterla inserire nel posto di lavoro e nel contesto più adeguato⁴⁹. La legge prevede infatti una "serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione"⁵⁰.

Come cambia il Collocamento mirato con il Jobs Act

In attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183 (Jobs Act), il 14 settembre 2015 è stato emanato il decreto attuativo n.151 "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità", il quale contiene alcune novità in tema di Collocamento mirato. Di seguito, in sintesi, i principali elementi innovativi della L.68/1999 secondo i contenuti dei primi 13 articoli del D. Lgs. 151:

- Emanazione di Linee Guida finalizzate a promuovere una rete integrata con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, nonché con l'Inail. Dovranno essere promossi accordi territoriali con organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro, cooperative sociali, associazioni delle persone con disabilità e i loro familiari, altre organizzazioni del terzo settore rilevanti.
- Individuazione di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità (secondo l'approccio adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la

⁴⁹ Possono accedere all'inserimento lavorativo i disabili in possesso di certificazione di invalidità civile superiore al 45%, invalidità del lavoro superiore al 33%, invalidi di guerra, invalidi civili di guerra e per servizio.

⁵⁰ Per un approfondimento sulle caratteristiche e modalità operative del Collocamento mirato, si rimanda alla I edizione del presente rapporto (pp. 30-53)

classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - ICF).

- Istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro.
- Dal 1 gennaio 2017 viene eliminato il regime di gradualità: ciò comporterà che, per i datori di lavoro che impiegano da 15 a 35 dipendenti, l'obbligo di inserimento della categoria protetta prescinderà dall'effettuazione di una nuova assunzione, allargando di fatto il numero di posti disponibili.
- L'esonero dall'obbligo di assunzioni obbligatorie viene semplificato (autocertificazione) per i datori di lavoro privati e per gli enti pubblici economici che occupino addetti impegnati in lavorazioni che comportano il pagamento di un tasso di premio ai fini Inail pari o superiore al 60 per mille (collegato ad un maggiore rischio infortunio al quale sono soggetti).
- Assunzione per chiamata nominativa (anche per le aziende con più di 50 dipendenti) o attraverso la stipula di convenzioni. Il datore di lavoro può richiedere al servizio competente, in funzione dell'assunzione da effettuare, la raccolta delle candidature sulla base delle qualifiche richieste
- Istituzione, all'interno della Banca dati politiche attive e passive, di una specifica sezione denominata 'Banca dati del collocamento mirato' che raccoglie le informazioni concernenti i datori di lavoro pubblici e privati obbligati e i lavoratori interessati, per razionalizzare la raccolta dati, semplificare gli adempimenti, rafforzare i controlli, migliorare il monitoraggio e la valutazione degli interventi. Le informazioni della Banca dati del collocamento mirato possono essere integrate con quelle del Casellario dell'assistenza⁵¹.
- Semplificazione del procedimento per l'erogazione degli incentivi riconosciuti ai datori di lavoro che assumono persone con disabilità, con la corresponsione diretta e immediata dell'incentivo al datore di lavoro da parte dell'Inps mediante conguaglio nelle denunce contributive mensili. Il contributo è portato da 36 a 60 mesi nel caso di assunzione di lavoratori con disabilità intellettiva e psichica che comporti una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%.
- Utilizzo del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili anche per erogare contributi per il rimborso forfettario parziale delle spese necessarie all'adozione di accomodamenti ragionevoli in favore dei lavoratori con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%, incluso l'apprestamento di tecnologie di telelavoro o la rimozione delle barriere architettoniche che limitino in qualsiasi modo l'inclusione lavorativa, nonché per istituire il responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro.

⁵¹ Anagrafe generale delle prestazioni sociali, funge da strumento di raccolta delle informazioni sui beneficiari e sulle prestazioni sociali loro erogate - per il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali - fornite da Regioni, Province Autonome, Comuni e altri enti erogatori (D.Lgs. 31 maggio 2010 n.78, art.13).

Sebbene l'ingresso delle persone con disabilità nel mondo del lavoro sia, ancora oggi, un percorso ricco di ostacoli – presenza di barriere architettoniche, persistenza di uno stigma sociale nei confronti della disabilità, *mismatch* presente tra domanda e offerta di lavoro, congiuntura economica negativa, ... - la partecipazione alla vita lavorativa è molto cresciuta negli anni e questo percorso, come vedremo dai dati presentati più avanti, non sembra volersi interrompere.

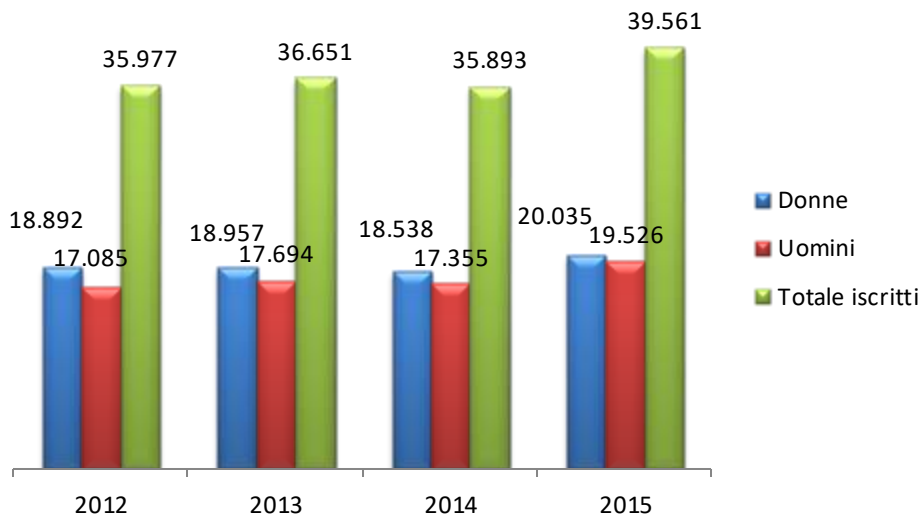
Per quanto riguarda alcune categorie di lavoratori con disabilità con maggiore difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro (p.e. disabilità psichiche e giovani in uscita dal percorso scolastico), la Regione Toscana ha inoltre puntato l'attenzione su strumenti quali i tirocini non curricolari (3.066 tirocini finanziati tra giugno 2011 e agosto 2015), gli incentivi per le assunzioni di lavoratori con disabilità, per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle aziende o per l'apprestamento di tecnologie per il telelavoro, gli inserimenti lavorativi attraverso progetti di agricoltura sociale (362 ragazzi con disabilità, soprattutto psichiche, che a partire dal 2012 hanno lavorato all'interno di 53 aziende agricole). Attraverso le risorse del Fondo Sociale Europeo (14,7 milioni di euro), inoltre, è stata avviata la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali, attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-terapeutico e socio-lavorativo dei soggetti destinatari. Il progetto prevede di raggiungere una platea di circa 1.500 destinatari⁵².

2.3.1 Il Collocamento mirato

Il 2015 ha registrato in Toscana un significativo aumento del numero di iscritti al Collocamento mirato, cresciuti del 10,2% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo anno le nuove iscrizioni sono salite maggiormente tra gli uomini (+12,5%) rispetto alle donne (+8,1%), fino a toccare la quota complessiva di quasi 40 mila unità. Come tuttavia evidenziato nella precedente edizione del Rapporto, all'interno dell'approfondimento dedicato proprio al Collocamento mirato, non tutto l'intero stock di iscritti al servizio può essere considerato realmente disponibile al lavoro: l'iscrizione alle liste *ex lege* 68, infatti, può essere funzionale alla fruizione di altre prestazioni sociali, ad esempio l'esenzione dal pagamento del ticket sanitario o l'iscrizione all'interno dell'Albo scrutinatori del Comune di residenza, qualora questa sia condizionata al possesso dello status di disoccupazione. Pur considerando tale aspetto, va però sottolineata una tendenza di crescita alla partecipazione delle persone con disabilità al mondo del lavoro, pur in presenza di criticità – sia strutturali che congiunturali – che negli ultimi anni hanno di fatto limitato l'ingresso di una quota più ampia di persone all'interno del mondo del lavoro.

⁵² Per un approfondimento sulle politiche regionali sull'inserimento lavorativo si rimanda al capitolo 3. del Rapporto.

Grafico 2.2 – N. iscritti al Collocamento mirato presso i CPI toscani, per genere e anno (2012>2015)



Fonte: elaborazione su dati Regione Toscana – Osservatorio regionale mercato del lavoro

Guardando al dettaglio territoriale, il numero maggiore di iscritti al Collocamento mirato si ritrova nelle province di Pisa (9.582) e Firenze (8.163) – per cui quasi la metà degli iscritti in Toscana risiede in queste due province – seguite da Livorno e Lucca. Pisa detiene anche il primato relativo al rapporto tra gli iscritti alle liste ex Legge 68 e il totale degli iscritti al Collocamento (15%), ovvero più del doppio rispetto alla media regionale, seguita da Massa Carrara (6,9%) e Lucca (6,8%).

Tabella 2.10 – N. iscritti al Collocamento mirato per genere e provincia (v. ass.) e quota % su totale. Anno 2015

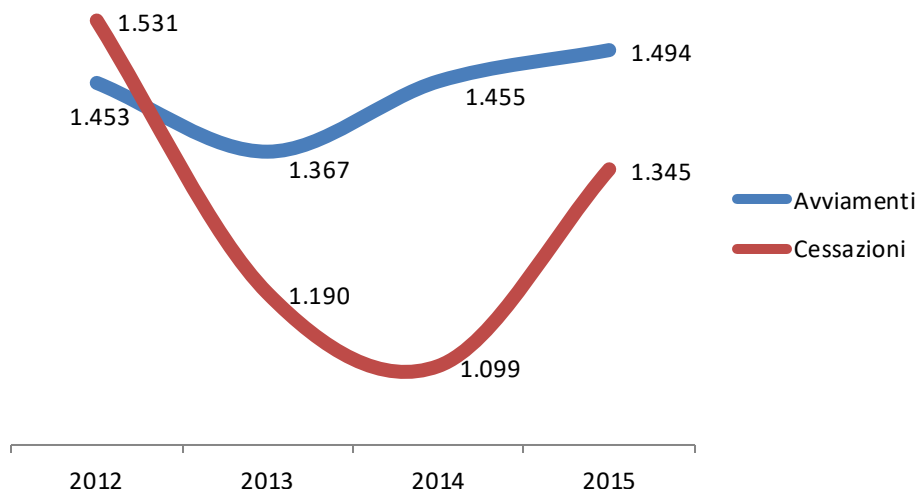
	Donne	Uomini	Totale iscritti	% su tot. Toscana	N.iscritti coll. mirato ogni 100 iscritti CPI
Arezzo	1.509	1.622	3.131	7,9	5,7
Firenze	3.986	4.177	8.163	20,6	6,8
Grosseto	906	777	1.683	4,2	5,3
Livorno	1.995	1.786	3.781	9,6	5,9
Lucca	1.889	1.890	3.779	9,6	6,9
Massa Carrara	1.435	1.384	2.819	7,1	7,0
Pisa	4.792	4.790	9.582	24,2	15,0
Pistoia	1.806	1.480	3.286	8,3	6,1
Prato	711	705	1.416	3,6	3,5
Siena	1.006	915	1.921	4,9	5,1
Toscana	20.035	19.526	39.561	100,0	7,0

Fonte: elaborazione su dati Regione Toscana – Osservatorio regionale mercato del lavoro

Per quanto riguarda gli avviamenti al lavoro, nel 2015 il dato raggiunge il valore più elevato all'interno della serie storica a disposizione (1.494), proseguendo il trend positivo iniziato l'anno precedente. Dopo un biennio di calo, tuttavia, aumentano in misura significativa anche le cessazioni di contratti di lavoro (1.345).

Occorre specificare che i dati a disposizione non consentono di costruire un indicatore efficace in grado di misurare i tassi di occupazione/disoccupazione delle persone con disabilità iscritte al Collocamento mirato. Ciò in virtù di due ragioni principali: 1) come detto in precedenza, non tutti gli iscritti al servizio sono realmente disponibili al lavoro; 2) gli avviamenti possono avvenire attraverso diverse forme contrattuali - anche a termine - e, di conseguenza, un lavoratore risulta tra gli avviamenti il numero di volte pari al numero di contratti di lavoro sottoscritti nell'anno.

Grafico 2.3 – N. avviamenti e cessazioni Collocamento mirato. Anni 2012 > 2015



Fonte: elaborazione su dati Regione Toscana – Osservatorio regionale mercato del lavoro

La tabella seguente mostra il dettaglio provinciale di avviamenti e cessazioni del Collocamento mirato: Firenze è il territorio in cui si registra il maggior numero di occupati, con un saldo positivo (avviamenti – cessazioni) di 189 unità. Dato positivo è inoltre quello aretino, con un numero di avviamenti praticamente doppio rispetto alle cessazioni di contratti di lavoro; anche Prato, Pistoia e Siena mostrano saldi positivi. Sul fronte opposto troviamo la provincia di Livorno, dove il saldo tra avviamenti e cessazioni è stato di -144 unità. Saldi negativi, anche se con evidenze meno marcate, si hanno a Lucca, Grosseto e Pisa.

Tabella 2.11 – N. avviamenti, cessazioni e saldo del Collocamento mirato per provincia

	Avviamenti	Cessazioni	Saldo
Arezzo	218	110	108
Firenze	364	175	189
Grosseto	65	94	-29
Livorno	88	232	-144
Lucca	135	191	-56
Massa Carrara	45	51	-6
Pisa	172	190	-18
Pistoia	148	118	30
Prato	114	64	50
Siena	145	120	25
Toscana	1.494	1.345	149

Fonte: elaborazione su dati Regione Toscana – Osservatorio regionale mercato del lavoro

Rispetto al 2014, la pressoché totalità delle province ha registrato un dato di stabilità o crescita sul fronte dei nuovi avviamenti, con la sola eccezione costituita da Firenze, dove gli avviamenti del 2015 sono stati 152 in meno rispetto all'anno precedente⁵³.

⁵³ Sul tema lavoro si segnala una recente ricerca condotta da Cesvot, *Disabilità e lavoro. Il ruolo del volontariato nell'integrazione lavorativa delle persone disabili*, da cui risulterebbero circa 180 le persone con disabilità effettivamente avviate al lavoro negli ultimi 5 anni dalle organizzazioni di volontariato e del privato sociale: prevalentemente uomini di età compresa tra i 30 e i 40 anni, la maggior parte con una bassa qualifica (operaio generico, tirocinante, apprendista), ma per lo più inseriti con contratto a tempo indeterminato.

3. Le politiche per la disabilità della Regione Toscana

*«Senza sociale non si può gestire
l'handicap»*

Umberto Galimberti

La Regione Toscana è da anni impegnata nella promozione della cultura dell'inclusione sociale, del contrasto alla discriminazione e alla marginalizzazione di qualsiasi individuo. L'**accessibilità a tutti i livelli** – dall'ambiente, privato e pubblico, all'istruzione, al lavoro, all'informazione e ai servizi, ai trasporti, ai servizi culturali, ricreativi e sportivi – rappresenta un "pre-requisito" per consentire alle persone con disabilità di godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali: essa va garantita con riferimento ad ogni ambito della vita di una persona.

L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità e la Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche per la disabilità in Italia

L'**Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (OND)** – istituito ai sensi dell'art. 3 della Legge 3 marzo 2009, n. 18, di ratifica ed esecuzione della Convenzione ONU sulla disabilità – rientra nell'ambito del c.d. "meccanismo di coordinamento" che gli Stati parti hanno l'obbligo di designare al fine di promuovere e monitorare l'attuazione della Convenzione ai sensi dell'art. 33, par. 1.

L'OND è un organismo collegiale, **presieduto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali**, composto da 40 membri effettivi e da un numero massimo di 10 invitati permanenti, in rappresentanza delle diverse amministrazioni pubbliche e del mondo dell'associazionismo rappresentativo delle persone con disabilità. L'OND ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità con particolare riferimento:

- alla promozione dell'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità;
- alla predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità;
- alla promozione della raccolta di dati statistici e della realizzazione di studi e ricerche sul tema;
- alla predisposizione della **Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità**.

La Relazione al Parlamento rappresenta – ai sensi dell'art. 41, comma 8, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 – il principale punto di riferimento per l'adeguamento del Paese alle indicazioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La Relazione è realizzata sulla base dei dati trasmessi dalle Amministrazioni dello Stato

relativamente agli interventi di loro competenza e dell'attività di indagine svolta dall'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL).

3.1 Politiche per l'inclusione nella società e per il miglioramento dei servizi socio-sanitari

3.1.1 Gli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile

In relazione all'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 20 della legge 3 agosto 2009, n. 102, e tenuto conto delle innovazioni apportate dal predetto articolo in materia di invalidità civile, handicap e disabilità, in data 28 dicembre 2009 **Regione Toscana e Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Inps)** hanno sottoscritto un **Protocollo d'Intesa** per "L'esercizio della potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile". In tale Protocollo vengono definiti i principi guida e le modalità generali attraverso le quali viene data attuazione, in Regione Toscana, alla disciplina statale in materia di invalidità civile.

Nello specifico, a partire dal 1° gennaio 2010, sono affidate all'Inps le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità, cecità e sordità civile, handicap e disabilità, ed il ricevimento delle richieste di accertamento di invalidità civile. Rimane ferma la competenza delle Commissioni mediche sanitarie dislocate presso le Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) in merito all'accertamento dei requisiti sanitari finalizzati all'ottenimento del beneficio economico richiesto.

3.1.2 Semplificazione delle procedure di accertamento della condizione di disabilità

Il cittadino disabile può chiedere il riconoscimento della condizione di handicap al fine di accedere alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali previste dalla legge 104/92. L'accertamento di handicap attiva intorno alla persona disabile progetti abilitativi e riabilitativi individuali che comprendono l'erogazione di prestazioni di assistenza diretta alla persona ed interventi socio-assistenziali. Le situazioni riconosciute di gravità (art. 3 comma 3) determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici, e consentono l'accesso a specifiche agevolazioni lavorative e fiscali.

Al fine di **semplificare le procedure di accertamento sanitario della condizione di disabilità**, la Regione Toscana è intervenuta con la **legge regionale 5 novembre 2009, n. 62**. La norma prevede la costituzione di una Commissione unica di accertamento (art. 2); l'unicità della domanda di riconoscimento della disabilità (art. 1), che viene presentata in forma contestuale per l'accesso ad altre provvidenze economiche ed altri benefici di legge (Contrassegno invalidi civili, esenzione tassa automobilistica); il rispetto dei termini stabiliti per l'effettuazione delle visite di accertamento e di revisione (art. 3).

3.1.3 Interventi per il contrasto del disagio sociale

Con la **legge regionale del 2 agosto 2013 n. 45**, “Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale”, la Regione Toscana ha implementato il sistema di interventi sociali volto a promuovere e garantire diritti di cittadinanza e qualità della vita, anche a fronte di rilevanti ridimensionamenti finanziari sul versante nazionale. Una delle misure previste dalla legge⁵⁴ prevede, a partite da agosto 2013 fino al 31 dicembre 2015, un **contributo annuale** pari a Euro 700,00 a favore delle famiglie con figlio a carico in situazione di **disabilità grave**.

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi alle richieste raccolte dai Comuni e liquidate dalla Regione Toscana.

Tabella 3.1 – Toscana Solidale: numero domande di contributo economico presentate da famiglie con figlio disabile grave a carico liquidate dalla Regione Toscana (L.R. 45/2013)

<i>Provincia</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015*</i>
Arezzo	469	459	410
Firenze	818	834	802
Grosseto	271	247	230
Livorno	317	397	352
Lucca	392	419	433
Massa Carrara	232	206	196
Pisa	442	501	491
Pistoia	296	304	261
Prato	215	237	253
Siena	287	332	272
Toscana	3.739	3.936	3.700

(*) Per l'annualità 2015 la possibilità di richiedere il contributo per disabile è stata estesa anche alle famiglie che hanno in carico un familiare diverso dal figlio
Fonte: Regione Toscana

La L.R. 45/2013 ha cessato i suoi effetti in data 31.12.2015 (i cittadini hanno avuto la possibilità di presentare le domande fino al 31.01.2016). Nel 2015 le richieste di contributo valide sono state 3.700.

Con la **legge regionale 28 dicembre 2015, n. 82**, “Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla legge di stabilità per l'anno 2016” la Regione Toscana ha istituito per il **triennio 2016-2018** un **contributo annuale** pari a Euro 700,00 a favore delle famiglie con figli minori di 18 anni disabili in situazione di gravità. Le istanze devono essere presentate, al proprio Comune di residenza, entro il 30 giugno di ciascun anno di riferimento del contributo.

⁵⁴ Le misure previste dalla L.R. 45/2013 hanno riguardato i nuovi nati, le famiglie numerose (almeno 4 figli) e le famiglie con figlio disabile a carico. Per le annualità 2013 e 2014 sono stati stanziati complessivamente (per le tre misure) Euro 20.000.000, per il 2015 Euro 15.000.000 (riduzione di stanziamento dovuta all'eliminazione del bonus bebè per i nuovi nati a partire dal primo aprile 2015).

3.1.4 Le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza e altre misure approvate dalla Giunta Regionale

La Giunta Regionale Toscana, con propria deliberazione, sulla base dell'art. 3 della **legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66**, "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza" ripartisce ogni anno alle 34 zone distretto il Fondo regionale per la non autosufficienza ed un **contributo finalizzato al finanziamento di interventi destinati alle persone non autosufficienti disabili di età inferiore ai 65 anni**. Quest'ultimo contributo ammonta a circa 3.900.000,00 Euro ogni anno. Tali risorse vengono gestite a livello di zona distretto all'interno del percorso di presa in carico da parte delle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM).

Tra le altre misure di sostegno per disabilità e non autosufficienza recentemente approvate dalla Giunta Regionale, sono da ricordare:

- la **delibera del 18 aprile 2016, n. 342**, "Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze per le gravissime disabilità. Approvazione delle Linee di indirizzo per l'erogazione dei contributi e assegnazione risorse", con la quale viene prevista la ripartizione di risorse (circa 10 milioni di euro) provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, rese disponibili a favore delle zone distretto/ Società della Salute toscane **per assicurare risposte al bisogno di assistenza domiciliare espresso da parte delle persone con disabilità gravissima**. Le risorse verranno utilizzate per l'erogazione di contributi economici mensili - previsti su due livelli, rispettivamente di 700 e di 1.000 euro mensili - che consentono alle famiglie che hanno in carico persone con gravissime disabilità di poter assumere un *care giver* per il supporto alle loro necessità assistenziali;
- la **delibera del 18 aprile 2016, n. 334**, "Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze: interventi per il sostegno alla funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)", con la quale vengono destinati alle ASL toscane 3,8 milioni per interventi già avviati e da avviare, al fine di sostenere l'assistenza domiciliare alle **persone affette da SLA** per l'anno 2016. L'intervento, che si concretizza nella erogazione di un assegno di cura mensile di 1.650 euro, è attivo in Toscana fin dall'anno 2009, quando la Regione, per prima in Italia, ha riconosciuto ai malati di SLA e delle malattie dei motoneuroni il diritto di poter essere assistiti in modo adeguato presso il proprio domicilio, all'interno del proprio contesto familiare, anche nelle fasi avanzate della malattia. Al monitoraggio effettuato al 31 dicembre 2015 sono circa 200 le persone toscane affette da SLA che si trovano nella fase avanzata della malattia;
- la **delibera del 18 aprile 2016, n. 335**, "Assistenza protesica: erogazione di ausili ad alta tecnologia, tra i quali i puntatori oculari, a persone con disabilità gravissima, ai fini della facilitazione della comunicazione e dello sviluppo delle autonomie personali", con la quale si assegna per l'anno 2016, sulla base dei

monitoraggi presentati da ciascuna ASL, la somma complessiva di euro 300.000 destinati prevalentemente all'erogazione di puntatori oculari, dispositivi che consentono di comunicare utilizzando soltanto il movimento degli occhi. Si tratta di un intervento aggiuntivo a quelli previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali (LEA)⁵⁵. La Giunta Regionale, fin dall'anno 2008, ha infatti stabilito che tra le prestazioni di assistenza protesica sia da comprendere anche la **fornitura di ausili ad alto contenuto tecnologico**, tra cui appunto le **tecnologie cosiddette eye tracking**, per migliorare la qualità di vita di chi è costretto all'immobilità.

3.1.5 Il progetto “Vita indipendente”

Il progetto “Vita Indipendente” in Toscana ha preso il via nel 2004 con una sperimentazione su 5 zone distretto. Nel 2009 il progetto è stato esteso, in fase pilota, a tutte le 34 zone distretto, con l'approvazione della delibera della Giunta Regionale n. 1166/2009, allegato A “Linee-guida per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente”. Nel 2012 il progetto è passato a regime, con l'approvazione della delibera della Giunta Regionale n. 146/2012, allegato A “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/i personale/i”.

Ciò che differenzia l'intervento di Vita Indipendente da altre azioni di carattere prevalentemente assistenziale, è il **diverso ruolo svolto dalla persona con disabilità, che abbandona la posizione di oggetto di cura per diventare soggetto attivo che si autodetermina**. I destinatari del progetto sono infatti le persone con disabilità grave, di età compresa fra 18 ed i 65 anni, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane.

Sulla base della progettualità presentata dal disabile ed in collaborazione con quest'ultimo, l'UVM definisce il progetto assistenziale personalizzato ai sensi della L.R. 66/2008, con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di “Vita Indipendente”. La tipologia di intervento finanziabile attraverso il contributo erogato è l'**assunzione di un assistente personale** per supportare il disabile nella cura della persona (alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, etc), nell'assistenza personale (attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, etc) e negli interventi per l'accessibilità e la mobilità. In relazione agli obiettivi del progetto individuale annuale, viene concesso un **contributo mensile** compreso tra un minimo di € 800,00 ed un massimo di € 1.800,00.

Con delibera della Giunta Regionale n. 1329/2015 la Regione Toscana ha emanato le nuove “Linee di indirizzo per la progettazione dei percorsi per la Vita Indipendente”, nell'ottica di attuare una semplificazione ed omogeneizzazione nella redazione degli stessi a livello territoriale, che a partire dal 2016 estendono la tipologia di interventi finanziabili all'acquisto di ausili informatici ai fini didattici e lavorativi, di ausili domotici per l'ambiente domestico, di servizi di trasporto e di altre spese comunque connesse al

⁵⁵ La spesa LEA per l'assistenza protesica si attesta sulle seguenti cifre annuali: 2012 46,1 milioni di euro, 2013 50,6 milioni di euro, 2014 43,9 milioni di euro.

perseguimento degli obiettivi di vita indipendente. Inoltre l'età dei destinatari non prevede più il limite massimo dei 65 anni purché continuino a sussistere le condizioni previste dal progetto di vita indipendente.

Tabella 3.2 – Vita Indipendente: numero progetti finanziati dalla Regione Toscana per zona distretto – Anni 2012 - 2015

<i>Zona distretto</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Lunigiana	14	18	18	17
Apuane	18	23	23	23
Valle del Serchio	8	14	14	14
Piana di Lucca	24	30	29	27
Pistoiese	44	50	50	54
Valdinievole	23	29	29	28
Pratese	34	40	38	36
Alta Val di Cecina	2	3	3	3
Valdera	10	15	14	14
Pisana	16	25	24	23
Bassa Val di Cecina	16	27	27	26
Val di Cornia	21	26	21	19
Elba	2	2	5	6
Livornese	21	34	33	31
Alta Val d'Elsa	7	11	16	16
Val di Chiana	6	9	14	14
Amiata Val d'Orcia	5	7	6	6
Senese	23	37	34	31
Casentino	4	7	7	6
Valtiberina	2	3	3	3
Valdarno	16	24	24	24
Val di Chiana	8	10	10	10
Aretina	19	32	31	27
Colline Metallifere	10	17	17	16
Colline Albegna	6	10	9	9
Amiata Grossetana	5	6	6	6
Grossetana	15	27	26	25
Fiorentina	59	75	74	72
Nord-Ovest	43	46	45	41
Sud-Est	38	45	43	42
Mugello	23	22	26	25
Empolese	17	31	30	27
Valdarno Inferiore	9	10	10	8
Versilia	25	33	33	32
Totale	593	798	792	761

Fonte: Regione Toscana

I progetti di “Vita Indipendente” sono passati dai circa 400 della fase pilota ai 593 del 2012, anno di avvio della fase a regime, per arrivare a 798 nel 2013 ed assestarsi quindi su 792 nel 2014 e 761 nel 2015. Sulla base del monitoraggio effettuato al

31.12.2014, il contributo medio mensile erogato è di circa 1.000 Euro e l'età media dei beneficiari è di 46 anni. Le risorse stanziare dalla Regione Toscana per le annualità 2014, 2015 e 2016 ammontano a **euro 9.000.000,00 l'anno**.

A partire dal 2013 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha approvato le "Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità", con le quali è stata proposta a Regioni e Province Autonome la sperimentazione di interventi profondamente innovativi in materia di vita indipendente previsti dal "Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità". I progetti sperimentali hanno finanziamenti ministeriali dedicati, ai quali la Regione Toscana è stata ammessa⁵⁶. Le risorse ministeriali si aggiungono annualmente alle risorse regionali impegnate per la vita indipendente e l'inclusione sociale delle persone con disabilità.

La proposta progettuale della Regione Toscana prevede la sperimentazione di modalità integrate di intervento nell'ambito della disabilità per stimolare e potenziare attitudini e capacità della persona, oltre a valorizzare la rete di relazioni significative per il pieno inserimento nel contesto sociale di riferimento.

Parallelamente è stata deliberata l'adesione della Regione Toscana al progetto nazionale PRO.V.I. ITALIA "Iniziative sperimentali per i PROgetti di Vita Indipendente" di cui allo stesso Programma di Azione Biennale.

3.1.6 Il "Dopo di noi"

La **Fondazione di partecipazione per il Dopo di noi** è un modello che si sta affermando negli ultimi anni nel tentativo di dare una risposta al "Dopo di noi" - alternativa all'inserimento in residenze sanitarie per disabili - in grado di coniugare sia la sostenibilità economica che la collaborazione tra famiglie, associazioni di disabili ed Enti pubblici. Si tratta di una forma atipica di Ente privato non prevista dal legislatore, ma sviluppatasi nella prassi, che unisce l'elemento personale, tipico delle associazioni, con l'elemento patrimoniale, caratteristico delle Fondazioni.

Il 14 giugno 2016 la Camera ha approvato in via definitiva, dopo le modifiche apportate dal Senato, il disegno di legge n. 2232 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", cd **legge sul "Dopo di noi"**.

⁵⁶ Nello specifico, per quanto riguarda l'annualità 2013, gli ambiti territoriali ammessi al finanziamento ministeriale sono stati 3, per un finanziamento complessivo pari a €. 232.463,84; per l'annualità 2014 gli ambiti territoriali ammessi al finanziamento ministeriale sono stati 10 per un finanziamento complessivo pari a €. 792.005,00; per l'annualità 2015 gli ambiti territoriali ammessi al finanziamento ministeriale sono stati 3, per un finanziamento complessivo pari a €. 240.000,00.

La legge sul “Dopo di noi”

I destinatari del provvedimento (art. 1, comma 2) sono le **persone con disabilità grave**, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, **prive di sostegno familiare** in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di sostenere le responsabilità dell'assistenza.

Il testo definitivo estende le tutele anche a quei soggetti che pur avendo i genitori ancora in vita non possono beneficiare del loro sostegno. Viene però specificato che “tali misure sono definite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi”.

Secondo le stime Istat la platea dei beneficiari è collocabile tra i 100.000 ed i 150.000 soggetti.

I principi fondamentali della Legge:

- favorire il benessere, la **piena inclusione sociale** e l'**autonomia** delle persone con disabilità (art. 1, comma 1);
- progressiva **presa in carico** della persona disabile durante l'esistenza in vita dei genitori e rafforzamento di quanto già previsto in tema di progetti individuali per le persone disabili (art. 1, comma 2);
- definire gli **obiettivi di servizio** ed i **livelli essenziali delle prestazioni** nel campo sociale da garantire su tutto il territorio nazionale ai destinatari della legge (art. 2).

Il provvedimento si compone di 10 articoli. L'art. 3 istituisce un **Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità gravi prive del sostegno familiare**; i criteri di accesso saranno individuati da un decreto del Ministero del Lavoro che dovrà essere emanato entro 6 mesi dall'entrata in vigore della legge. La dotazione del Fondo (art. 3, comma 1) è determinata in 90 milioni di euro per l'anno 2016, in 38,3 milioni di euro per l'anno 2017 e in 56,1 milioni di euro annui a decorrere dal 2018.

Le risorse del Fondo (art. 4), cui possono partecipare Regioni, Enti locali, organismi del Terzo settore o privati, potranno essere utilizzate per realizzare “programmi e interventi innovativi di residenzialità” come il *co-housing* e favorire l'indipendenza dei disabili “in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali” della casa d'origine. Con questo Fondo si potranno anche sostenere progetti per lo sviluppo dell'autonomia dei disabili privi di assistenza che non rientrano in queste strutture.

Le **agevolazioni fiscali** previste dalla norma sono di due tipi: detrazioni sulle spese sostenute per sottoscrivere polizze assicurative e contratti a tutela dei disabili gravi; esenzioni e sgravi su trasferimenti di beni dopo la morte dei familiari, costituzione di trust e altri strumenti di protezione legale. In particolare, l'art. 5 stabilisce che nella dichiarazione dei redditi sarà possibile detrarre le spese sostenute per le polizze assicurative stipulate per la tutela dei disabili, con l'incremento da 530 a 750 euro

della detraibilità dei premi per assicurazioni versati per rischi di morte. All'art. 6 si prevede che i **trasferimenti di beni e di diritti a causa di morte** (per donazione, *trust* o a titolo gratuito) siano esenti dall'imposta di successione e donazione purché abbiano come finalità esclusiva la cura e l'assistenza della persona disabile. I *trust* sono una forma di protezione legale che prevede la destinazione di alcuni beni del disponente a vantaggio di un altro soggetto di sua fiducia, che dovrà amministrare questi beni a vantaggio di un beneficiario, attenendosi alle indicazioni e al programma che il disponente stabilisce nell'atto istitutivo.

Gli artt. 7 e 8 prevedono **campagne informative** del Governo ed una **Relazione annuale alle Camere** sullo stato di attuazione delle disposizioni in materia di assistenza ai disabili gravi privi di sostegno familiare. Gli artt. 9 e 10 si occupano infine della copertura finanziaria e dell'applicazione della legge.

L'art. 55 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" stabilisce che tra i servizi e gli interventi destinati alle persone con disabilità vi sia inclusa *"la realizzazione di progetti innovativi e servizi finalizzati alla realizzazione di modalità di vita indipendente, di soluzioni abitative autonome e parafamiliari"*. Più di recente, all'interno del Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015 la Regione ha confermato la volontà di [...] *"favorire e incentivare i progetti delle Fondazioni per il Dopo di noi per la tutela della qualità della vita dei cittadini una volta venuti meno i principali caregivers"*. Per favorire la costituzione di queste esperienze di gestione, la Regione ha promosso un percorso di accompagnamento a livello territoriale, mettendo in rete le conoscenze e le buone prassi esistenti, fornendo consulenza giuridica, incentivando iniziative di aggregazione (quali ad esempio la creazione di un Coordinamento delle associazioni per il Dopo di noi a cura del Cesvot).

Particolare attenzione è stata dedicata alla tematica dell'Amministratore di sostegno, figura fondamentale non soltanto per la gestione del patrimonio ma anche per la realizzazione del progetto di vita della persona, quindi con necessarie doti di accompagnamento e di facilitazione nella realizzazione delle attività di vita quotidiana. La Regione ha inoltre dedicato **risorse per incentivare lo start up progettuale** (decreto dirigenziale n. 7030/2009 "Noi e Loro un futuro di autonomia" - Associazione La provvidenza di Piombino; decreto dirigenziale n. 2597/2010 "Stasera non torno a casa" - Noi da Grandi onlus di Empoli).

Ad oggi in Toscana sono presenti **6 Fondazioni di Partecipazione per il Dopo di noi**⁵⁷:

- Fondazione *Il Sole Onlus*, nata a Grosseto nel 2005 su iniziativa dell'Associazione Grossetana Bambini Portatori di Handicap e del Comitato Provinciale per l'Accesso;

⁵⁷ Per un approfondimento si rimanda al capitolo 4 *Il distacco dalla famiglia di origine: vita indipendente, durante e dopo di noi* all'interno di *La disabilità in Toscana. Dal percorso scolastico al Dopo di noi* (Caterino et altri, 2015).

- Fondazione *Dopo di Noi* nata nel 2007 per volontà dei Comuni del Circondario Empolese Valdelsa e Valdarno, insieme alla Asl 11, a due Istituti bancari, a molte associazioni espressioni del territorio e privati cittadini;
- Fondazione *Futura Dopo di Noi*, costituita nel 2006 tra il Comune di Siena e l'Associazione di volontariato "Insieme", che raccoglie al suo interno le varie realtà che operano a Siena nel settore della disabilità;
- Fondazione *Nuovi Giorni*, nata nel 2010 per iniziativa della Società della Salute della Zona Fiorentina Sud Est;
- Fondazione *Polis*, costituita nel 2011 dalla Società della Salute e dagli 8 Comuni della Zona Fiorentina
- Fondazione *Riconoscersi Onlus*, nata nel 2013 con il patrocinio delle Conferenze dei sindaci del Valdarno e della Valdichiana e della Provincia di Arezzo, l'adesione dell'AUSL 8 di Arezzo e la presenza – tra i soci fondatori e promotori – di associazioni di disabili e familiari di disabili, oltre a soggetti del privato sociale.

3.1.7 Azioni di sistema per il miglioramento dei servizi socio-sanitari

La Regione Toscana con legge n. 66/2008 istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza sostiene ed estende il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili ed anziane.

Il PSSIR 2012-2015 ribadisce la necessità di garantire una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale ed articolando una gamma di risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative e/o socio-assistenziale degli interventi da attuare.

La Regione Toscana, con la **Decisione di Giunta Regionale del 7 aprile 2015, n. 11**, recante indirizzi agli uffici regionali per "azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi sociosanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità", ha delineato la cornice dei prossimi interventi a favore della disabilità.

Nel documento, che recepisce le risultanze della **Conferenza regionale della disabilità** svoltasi il **23 e 24 gennaio 2015** a Spazio Reale (Campi Bisenzio, FI), si rileva la necessità di definire una prospettiva culturale nuova con la quale affrontare le problematiche della disabilità, un approccio che metta al centro la persona attorno alla quale favorire condizioni personali (abilità fisiche, strumentali e conoscitive), sociali (politiche, leggi, pratiche, relazioni) ed ambientali (strutture e servizi) che consentano il maggior grado possibile di soddisfazione delle aspettative: in sintesi, le politiche sulla disabilità devono essere orientate ad espandere le potenzialità umane sia in termini individuali che di cittadinanza sociale.

Con la Decisione n. 11/2015 la Regione Toscana prevede espressamente la concretizzazione di un **"Progetto globale di presa in carico"**, inteso come insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona disabile nel suo ciclo di vita, seguendone la modificazione dei bisogni nelle differenti fasce di età,

attraverso una maggiore integrazione dei percorsi socio-sanitari, il rafforzamento di modelli organizzativi di facilitazione dell'accesso, valutazione e presa in carico della persona, integrazione e coordinamento delle competenze e delle professionalità.

La Decisione n. 11/2015 si articola in sei punti:

- Il Percorso di Presa in Carico Integrata
- La Vita Indipendente
- Durante e Dopo di Noi, le Fondazioni di Partecipazione
- Il Punto Informativo Disabilità
- L'attività del Centro Regionale di Informazione e Documentazione (CRID)
- Buone Prassi Territoriali e Mappature Strutture Residenziali

Il Centro Regionale per l'accessibilità (CRID)

Il Centro Regionale di Informazione e Documentazione (CRID) si occupa di **promozione della cultura dell'accessibilità**. Il CRID nasce dalla legge regionale n. 47/91 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche" che, all'art. 4ter, prevede la costituzione da parte della Giunta Regionale di una base informativa per l'attività di programmazione e gestione degli interventi in materia di abbattimento delle barriere architettoniche attraverso l'istituzione di un Osservatorio della mobilità e della accessibilità.

Dal 2008 il CRID è stato potenziato attraverso un accordo con la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest per la sperimentazione di una serie di attività in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche finalizzate alla costituzione di una base informativa per l'attività di programmazione e gestione degli interventi in materia. Il PSSIR 2012-2015 ribadisce la necessità dell'implementazione delle attività e della diffusione sul territorio del CRID, quale centro di coordinamento delle attività concernenti la diffusione di una cultura dell'accessibilità e costituzione di una rete interregionale tra i diversi centri di documentazione per la sensibilizzazione e l'informazione sull'accessibilità per le persone con disabilità.

Per il 2016 le attività previste sono le seguenti:

- raccolta e la sistematizzazione nonché diffusione di informazioni sull'accessibilità a livello regionale;
- collaborazione alla gestione e aggiornamento del Portale Toscana Accessibile per le parti di propria competenza;
- attività di *counselling*, anche on-line, rispetto all'adattamento degli spazi domestici per privati cittadini in condizione di disagio;
- attività di *counselling*, anche on-line, agli operatori degli uffici comunali che operano nel campo dell'urbanistica e a coloro che gestiscono strutture aperte al pubblico e da adattare a chi ha un deficit motorio o sensoriale;

- divulgazione e aggiornamento di una base di dati consultabile ed aggiornabile;
- attività di sostegno alla stesura dei PEBA dei comuni interessati;
- programmazione e coordinamento di percorsi formativi destinati al territorio;
- programmazione e coordinamento di attività di ricerca nell'ambito delle funzioni previste per l'Osservatorio Regionale e azioni sperimentali di interesse regionale da attuarsi per mezzo di risorse tecniche e fondi specifici;
- coordinamento delle attività sul territorio al fine di individuare strategie e strumenti per una reale diffusione della cultura dell'accessibilità e per l'inclusione delle persone con disabilità;
- ampliamento delle proprie funzioni di informazione e di ricerca documentale anche riguardo alle politiche sulla disabilità più in generale, ad esempio sulle politiche dell'inserimento al lavoro, della salute e del benessere ambientale, della sicurezza e della prevenzione degli incidenti domestici;
- inserimento stabile in un sistema ampliato di soggetti in rete (attori sociali, politici, economici, culturali) che contribuiscono a disegnare il profilo sociale del territorio offrendo formazione e aggiornamento culturale in tema di accessibilità;
- partecipazione al *network* interregionale, finalizzato alla condivisione di esperienze tra realtà di diversi territori.

Con la Decisione n. 11/2015 si prevede di:

- potenziare sul territorio (zone distretto/ Società della Salute) una rete di punti di riferimento, quali sportelli che accolgano i bisogni delle persone disabili e le orientino verso i servizi e gli uffici competenti, in un'ottica di trasparenza, celerità e globalità della presa in carico;
- conferire maggior integrazione ai percorsi socio-sanitari nel campo della Non Autosufficienza e disabilità rafforzando, a livello di zona distretto, di UVM/UVH modelli organizzativi di facilitazione dell'accesso, valutazione e presa in carico della persona, integrando e coordinando competenze e professionalità;
- semplificare e rendere flessibili i percorsi di risposta ai bisogni assistenziali delle persone con disabilità, anche sperimentando e adottando buone pratiche territoriali, essendo essi variabili e in continua evoluzione in base alle esigenze delle differenti fasi di vita, programmando di conseguenza eventuali revisioni normative che dovessero rendersi necessarie;
- garantire, attraverso strumenti di valutazione omogenei e multidimensionali, la definizione di Progetti di vita individuali che garantiscano la centralità della persona e valorizzino la sua capacità di autodeterminarsi;
- supportare lo *start up* ed il funzionamento delle Fondazioni di partecipazione quali strumenti attuativi di percorsi di indipendenza delle persone disabili soprattutto nella fase adulta del Dopo di Noi;

- adottare strumenti e strategie per rendere fruibili e mettere in rete e sistematizzare a livello informativo, le informazioni riguardanti le politiche regionali per la disabilità.

La Conferenza regionale sulla disabilità

La **Conferenza regionale sulle politiche della disabilità**, svoltasi il 23 e 24 gennaio 2015 a Spazio Reale a Campi Bisenzio (FI), si è proposta come importante appuntamento per la riflessione e sensibilizzazione sulle tematiche riferite ai diritti e alle condizioni delle persone con disabilità in Toscana.

L'evento ha rappresentato un prezioso momento di confronto tra istituzioni e organizzazioni rappresentative della società civile e del privato sociale che operano nel campo dell'assistenza e dell'integrazione sociale delle persone con disabilità.

La Conferenza è stata quindi l'occasione per fare il punto, insieme ad esperti e associazioni, sulla situazione delle politiche per le persone con disabilità attraverso un **processo partecipato** articolato su quattro temi:

- scuola dell'inclusione;
- inserimento lavorativo come interesse pubblico e privato;
- accessibilità;
- durante e dopo di noi.

Gli interventi dei relatori e la registrazione della diretta *streaming* sono disponibili alla pagina web: <http://open.toscana.it/web/toscana-accessibile/conferenza>

3.2 Politiche per l'inclusione scolastica

3.2.1 Progetti Educativi Zonali (PEZ) e inclusione scolastica degli alunni con disabilità

I Progetti Educativi Zonali (PEZ) sono strumenti pensati come risposta integrata ai bisogni – espressi dai vari territori – per mettere in atto azioni rivolte a bambini e ragazzi di età compresa tra i 3 mesi ed i 18 anni. I PEZ vengono adottati da parte delle Conferenze zonali (la Toscana è suddivisa in 35 zone), che agiscono sulla base degli obiettivi presenti nelle linee guida annuali regionali e nel rispetto della dotazione finanziaria assegnata⁵⁸. Province, Comuni, Istituzioni scolastiche integrano risorse, energie, capacità progettuali per rispondere ai bisogni formativi del territorio.

⁵⁸ I PEZ sono disciplinati dagli artt. 4, 5 e 7 della L.R. 32/2002, nel D.P.G.R. 41/R/2013 e nel Piano di Indirizzo Generale Integrato (PIGI) 2012 – 2015. Le Conferenze zonali per l'educazione e l'istruzione sono invece disciplinate dall'art. 6 ter della L.R. 32/2002. Le "Linee guida" per l'anno scolastico 2014/15 sono state approvate con Delibera della Giunta Regionale n. 515/2014 e successivamente integrate con la Deliberazione 15/2015, erogando complessivamente un volume di risorse pari a 11,85 milioni di euro, al netto degli eventuali cofinanziamenti degli enti locali e degli altri partner dei progetti attivati. Per quanto riguarda

Tabella 3.3 – Piani Educativi Zonali: le risorse regionali investite (in milioni di euro)

Anno scolastico	Totale	Infanzia	Età scolare	Vincolo inclusione disabili	Inclusione disabili
2012/13	12,35	8,5	3,85	30%	1,61
2013/14	11,85	7,35	4,5	25%	1,49
2014/15	8,63	6,43	2,2	25%	1,80
2015/16	11,4	7,0	4,4	25%	1,74
Totale	44,23	29,28	14,95		6,64

Fonte: Regione Toscana

I PEZ intervengono sia nell'ambito dell'**infanzia** che in quello dell'**età scolare**. Nei **PEZ Infanzia** (0-3 anni) le finalità e attività ammissibili per l'inclusione sono in generale volte a sostenere, sviluppare, qualificare e consolidare il sistema dei servizi per la prima infanzia (nidi e servizi integrativi). Nello specifico, la **macroazione 1.d.** è promossa per sostenere bambini con Bisogni Educativi Speciali (bambini con certificazione della ASL o comunque valutati congiuntamente da coordinamento pedagogico e/o ASL) tramite l'attivazione/potenziamento del personale integrativo di sostegno al gruppo e/o attraverso attività rivolte ai bambini, anche con il coinvolgimento delle famiglie.

Tabella 3.4 – Progetti Educativi Zonali - Infanzia - azione 1.d.: bambini e servizi coinvolti nell'anno scolastico 2014/15

	Personale integrativo	Attività per bambini e famiglie
Bambini coinvolti	298	149
Servizi (nidi e servizi integrativi) coinvolti	43	17

Fonte: Regione Toscana

Nei **PEZ Età scolare** (3-18 anni) le finalità e attività ammissibili per l'inclusione sono, in generale, volte a prevenire e contrastare la dispersione scolastica in scuole di ogni ordine e grado (con un vincolo del 15% sulle secondarie di secondo grado) lavorando sull'intero gruppo classe di riferimento. Nello specifico l'inclusione scolastica degli alunni disabili viene promossa attraverso:

- attività laboratoriali in orario scolastico o extrascolastico (quali: *peer education*, psicomotricità, musico/danza/arte/ippo/pet-terapia, ceramica,

l'anno scolastico 2015/16 è invece la Delibera della Giunta Regionale 1019 del 26 ottobre 2015 a stabilire il riparto delle risorse erogate, fissate pari a 11.850.000 euro, e a definire le Linee guida per la programmazione e la progettazione educativa territoriale integrata. La programmazione PEZ è confermata anche per l'anno educativo/scolastico 2016/17 con le Linee guida approvate con DGR 475 del 24/05/2016, per il quinto anno di attività.

- alimentazione, espressività, etc);
- attività didattica d'aula in compresenza;
 - attività di supporto/recupero disciplinare;
 - attività per la predisposizione/documentazione di progetti educativi;
 - attività di supporto alla genitorialità;
 - attività di formazione/aggiornamento/tutoraggio/consulenza per docenti e/o operatori (personale ATA, mediatori, referenti comunali e zonali).

Tabella 3.5 – Progetti Educativi Zonali – Età scolare – azione 1.a – Numero laboratori, numero docenti e numero allievi partecipanti alle attività nell’anno scolastico 2014/15

		<i>Infanzia</i>	<i>Primaria</i>	<i>Second. I grado</i>	<i>Second. II grado</i>	<i>Totale</i>
Laboratori	n. laboratori	568	1.626	1.119	1.232	4.545
	n. allievi	9.121	28.977	17.252	15.325	70.675
Didattica in compresenza	n. docenti	85	420	450	182	1.137
	n. allievi	850	7.881	6.286	2.581	17.598
Supporto e recupero disciplinare	n. docenti	29	321	367	207	924
	n. allievi	242	7.599	1.533	1.321	10.695
Predisposizione e documentazione di progetti educativi	n. docenti	34	162	164	59	419
Supporto alla genitorialità	n. docenti/esperti	39	112	68	15	234
	n. attività*	54	104	78	5	241
	n. famiglie	876	6.601	1.047	39	8.563
Formazione/aggiornamento/tutoraggio/consulenza	n. incontri	122	165	149	63	499
	n. destinatari	191	2.434	370	115	3.110

*: Totale delle partecipazioni alle attività; ciascun allievo può avere partecipato a più attività; le attività sono svolte con tutta la classe dell'allievo disabile, sono conteggiati tutti gli studenti della classe.
Fonte: Regione Toscana

Per l'anno educativo/scolastico 2016/17, con le **Linee guida** approvate con **DGR n. 475 del 24/05/2016**, viene confermata la programmazione dei Progetti Educativi Zonali. Nelle scuole dove erano stati attivati, l'azione dei PEZ si coordina, con i **Piani di Gestione della Diversità** sviluppati dalla Regione Toscana e finanziati con risorse del Fondo Sociale Europeo 2007-2014. Tali progetti sovra provinciali, che avevano come finalità la promozione di modelli educativi all'interno delle scuole di ogni ordine e grado, capaci di valorizzare le diversità dei propri ragazzi, hanno contribuito a realizzare una rete sistematica di interventi formativi su tutto il territorio regionale, promuovendo la collaborazione fra diversi soggetti: scuole, agenzie formative, università, associazioni e altri soggetti⁵⁹.

⁵⁹ I Piani di Gestione della Diversità hanno visto un investimento complessivo pari a 2.025.002 euro da FSE nel periodo 2010-2014. Sono stati coinvolti nelle iniziative circa 3.300 soggetti tra

3.2.2 Trasporto scolastico e assistenza educativa

Un ulteriore intervento della Regione Toscana in favore degli alunni con disabilità riguarda l'assegnazione di risorse alle Province per garantire il trasporto e l'assistenza scolastica negli istituti secondari di secondo grado. Le risorse stanziare sono state utilizzate in maniera integrata con altre degli Enti locali. Nell'anno scolastico 2014/15 hanno usufruito dei servizi 1.428 studenti, contro i 1.202 dell'anno scolastico 2013/14.

Tabella 3.6 – Finanziamenti regionali finalizzati al trasporto ed all'assistenza scolastica agli alunni con disabilità negli istituti secondari di secondo grado

<i>Delibera</i>	<i>a.s.</i>	<i>Totale</i>
968/13	2013/14	€ 800.000,00
103/14	2013/14	€ 450.000,00
595/14	2014/15	€ 1.250.000,00
436/15	2015/16	€ 850.000,00
971/15	2015/16	€ 150.000,00
361/16	2016/17	€ 1.500.000,00

Fonte: Regione Toscana

3.2.3 Interventi per il Diritto allo Studio Universitario (DSU)

Per gli studenti disabili (con handicap riconosciuto ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, o con invalidità non inferiore al 66%) sono previste una serie di agevolazioni per accedere ai benefici del DSU. Si ricordano le principali:

- requisito di reddito: l'ISEE per accedere alle borse di studio è fissato in 25 mila euro annui (rispetto ai 20 mila euro fissati per la generalità degli studenti);
- requisito di merito: è previsto un numero minore di CFU per mantenere la borsa di studio;
- il posto alloggio è assegnato con priorità rispetto agli altri studenti borsisti;
- è riconosciuta la possibilità di beneficiare del contributo affitto in luogo del posto alloggio stesso;
- è riconosciuta la possibilità di monetizzare il servizio mensa;
- l'Azienda DSU può applicare le stesse tariffe agevolate o prevedere la gratuità del servizio mensa per l'eventuale accompagnatore dello studente con disabilità;
- gli importi ordinari della borsa di studio sono incrementati per un importo pari a € 2.000,00, al fine di agevolare la fruizione dell'attività didattica e di studio.

dirigenti scolastici, docenti, figure di sistema e personale ATA. I progetti, conclusi entro dicembre 2015, sono denominati "Uguadi2", "A scuola di diversità", "Intendi". Gli atti normativi relativi ai Piani ed ai Progetti in questione sono principalmente: DGR 530/2008, Decreto dirigenziale 3870/2009, Decreto dirigenziale 574/2012.

3.3 Politiche per l'inserimento lavorativo

3.3.1 Tirocini non curricolari

La Regione Toscana offre ai giovani la possibilità di prepararsi al mondo del lavoro con un'adeguata formazione attraverso lo strumento dei **tirocini formativi**, disciplinati dalla L.R. 32/2002 "Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro", al fine di "garantire il più ampio e corretto utilizzo di questo strumento come occasione di formazione a stretto contatto con il mondo del lavoro"⁶⁰.

Per i soggetti disabili e per i soggetti svantaggiati appartenenti alle categorie di cui all'art. 17 ter comma 8 della legge, sono state stabilite alcune **norme di maggior favore** in termini di durata (estesa fino a 24 mesi), età dei destinatari (nessun limite di età per l'accesso al contributo in caso di tirocinanti disabili o svantaggiati) ed intensità del contributo concesso (100% del rimborso spese mensile di 500 euro spettante al tirocinante)⁶¹. In totale, dal 2011 al 2015 sono state finanziate 4.841 domande di contributo per un importo complessivo di 15.450.550,00 euro per l'attivazione di tirocini formativi svolti da persone disabili e svantaggiate. Il dato riferito ai soli disabili ammonta a 10.837.550,00 euro di contributi, per **3.066 domande finanziate**.

⁶⁰ L'Avviso è scaduto il 31 ottobre 2015. Nel 2016 la misura è stata rimodulata con Delibera n. 996 del 19 ottobre 2015, "Conferma dell'intervento in materia di tirocini non curricolari previsti dal Piano Garanzia Giovani e rimodulazione dell'intervento in materia di tirocini non curricolari a valere sul POR FSE 2014-2020"; il nuovo Avviso pubblico è stato approvato dalla Regione Toscana con Decreto Dirigenziale n. 3293 del 26 giugno 2016. Dal 1° gennaio 2016 i tirocini con soggetti disabili e svantaggiati, presi in carico dal servizio sociale professionale e/o dai servizi sanitari, sono finanziati su un apposito bando del settore competente per le politiche sociali e socio-sanitarie integrate (Delibera della Giunta Regionale n. 451/2015, "Indirizzi per l'attuazione degli interventi in materia di tirocini non curricolari").

⁶¹ Le norme prevedevano inoltre la ripetibilità dei tirocini (un soggetto disabile può svolgere più di un tirocinio per ciascun profilo professionale e può essere ospitato più di una volta presso lo stesso soggetto ospitante) e la non computabilità nel numero massimo dei tirocini attivabili presso un soggetto ospitante (i tirocini attivati nei confronti di soggetti disabili e svantaggiati non vengono computati nel numero massimo dei tirocini attivabili nell'anno solare presso lo stesso soggetto ospitante).

Tabella 3.7 – Contributi per tirocini non curricolari con destinatari soggetti disabili e svantaggiati

Anno	Disabili L. 68/99		Svantaggiati L. 381/91		Totale	
	n. domande	Importo in €	n. domande	importo in €	n. domande	importo in €
2011*	16	56.000,00	0	0,00	16	56.000,00
2012	344	1.058.300,00	115	276.900,00	459	1.335.200,00
2013	748	2.540.900,00	531	1.419.050,00	1.279	3.959.950,00
2014	1.165	4.118.600,00	670	1.635.950,00	1.835	5.754.550,00
2015	793	3.063.750,00	459	1.281.100,00	1.252	4.344.850,00
Totale	3.066	10.837.550,00	1.775	4.613.000,00	4.841	15.450.550,00

Fonte: Regione Toscana

*: da giugno a dicembre

3.3.2 Diritto al lavoro

Il modello toscano di avviamento al lavoro delle persone disabili è basato sul sistema regionale dei servizi per l'impiego della Regione in base alle competenze affidatele con la riforma del collocamento. La legge prevede l'assunzione obbligatoria per i datori pubblici e privati. I soggetti beneficiari sono:

- invalidi civili affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;
- persone nelle condizioni di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 12 giugno 1984, n. 222;
- invalidi del lavoro con invalidità superiore al 33%;
- invalidi di guerra;
- invalidi civili di guerra e per servizio;
- persone non vedenti o sordomute;
- vittime del terrorismo, della criminalità organizzata e del dovere.

La normativa si applica anche ai seguenti soggetti (art. 18 comma 2, L. 68/99, DPR 333/2000, L.407/1998, L. 244/2007):

- orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio ovvero a causa dell'aggravarsi dello stato di invalidità riportate per tali cause;
- figli e coniugi dei grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e lavoro;
- familiari delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e del dovere;
- profughi italiani rimpatriati.

Sono tenuti all'**assunzione obbligatoria**, così come previsto dall'art. 3 della Legge n. 68 del 12 marzo 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", tutti i datori di lavoro, pubblici e privati, nelle seguenti misure:

- da 15 a 35 dipendenti: un lavoratore disabile;
- da 36 a 50 dipendenti: 2 lavoratori disabili;
- da oltre 50 dipendenti: 7% dei lavoratori occupati a favore delle persone con disabilità più l'1% a favore dei soggetti di cui all'art. 18 comma 2 (con le esclusioni previste dalla Legge).

I lavoratori già disabili prima della costituzione del rapporto di lavoro, anche se non assunti tramite il collocamento obbligatorio, sono computati nella quota di riserva ma devono avere una riduzione della capacità lavorativa superiore al 60% oppure superiore al 45% per cento nel caso di disabilità intellettiva e psichica.

I datori di lavoro devono presentare agli uffici competenti la richiesta di assunzione entro 60 giorni dal momento in cui sono obbligati all'assunzione. I datori di lavoro privati e gli Enti Pubblici economici che, per le speciali condizioni della loro attività, non possono occupare l'intera percentuale dei disabili, possono, a domanda, essere **parzialmente esonerati dall'obbligo dell'assunzione**, ai sensi dell'art. 5, L. 68/99 e successivo D.M. 357/2000, alla condizione che versino al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili (art. 14, L. 68/99) un **contributo esonerativo** di euro 30,64 per ciascuna unità non assunta, per ogni giorno lavorativo. La Regione Toscana, con delibera Giunta Regionale n. 381 del 13 aprile 2001, fissa le procedure per la concessione degli esoneri, le scadenze per il versamento dei contributi esonerativi e la maggiorazione del 10%, su base annua, della sanzione amministrativa, qualora il controllo accerti un'omissione totale o parziale del contributo dovuto.

I datori di lavoro, sia pubblici economici che privati, assumono i lavoratori mediante **richiesta nominativa** di avviamento agli uffici competenti o mediante la **stipula delle convenzioni** di cui all'art. 11 L. 68/99. La richiesta nominativa può essere preceduta dalla richiesta agli uffici competenti di effettuare la preselezione delle persone con disabilità iscritte nell'elenco di cui all'art. 8 L. 68/99 che aderiscono alla specifica occasione di lavoro.

3.3.3 Incentivi per le assunzioni e Fondo Regionale

Il D.Lgs. n. 151 del 14 settembre 2015 (art. 10), "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183", **ha modificato il sistema degli incentivi per assunzioni a tempo indeterminato di disabili**, a partire dal 1° gennaio 2016, prevedendo un nuovo incentivo che varia, rispetto a quanto precedentemente previsto, sia in entità che per le modalità di richiesta.

La concessione di tale incentivo **non necessita della stipula di una convenzione con gli Enti preposta**. La domanda di fruizione dell'incentivo deve essere trasmessa **in via telematica all'Inps**.

Le agevolazioni verranno concesse dall'Inps, mediante conguaglio contributivo e su richiesta dell'azienda, per un periodo di 36 mesi, nella seguente misura:

- 70% dell'imponibile previdenziale se l'assunzione a tempo indeterminato riguarda lavoratori con una percentuale di invalidità non inferiore al 79%;
- 35% dell'imponibile previdenziale, per l'assunzione di lavoratori con una percentuale di invalidità compresa tra il 67% ed il 79%.

Per i lavoratori con handicap intellettuale e psichico con una percentuale di invalidità superiore al 45%, l'incentivo è pari al 70% dell'imponibile previdenziale, per un periodo di 60 mesi, ed è concesso anche in caso di assunzione a tempo determinato di durata non inferiore a dodici mesi.

La Legge regionale 32/2002, in applicazione dell'art. 14 della L. 68/99, ha istituito il **Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili**, da destinare al finanziamento dei programmi di inserimento lavorativo e relativi servizi. La Regione Toscana, con DGR n. 1109 del 24.11.2015 ha stabilito le modalità per la ripartizione del Fondo regionale e le priorità per la concessione dei contributi. Questi gli importi massimi per il finanziamento delle azioni:

- contributo a fondo perduto delle spese sostenute per un percorso di formazione individuale in azienda, comprensivo di eventuali spese per tutoraggio, fino ad un massimo di euro 8.000,00;
- rimborso forfetario per l'adeguamento del posto di lavoro fino ad un massimo di euro 5.500,00 a condizione che l'assunzione del disabile sia a tempo indeterminato. In caso di contratti a tempo determinato già in essere, il rimborso è concesso alla condizione che il contratto sia trasformato a tempo indeterminato. Gli uffici competenti possono, sentita la Commissione Provinciale Tripartita integrata dalle Associazioni dei disabili, superare il suddetto importo a fronte di progetti di particolare rilevanza e qualità;
- contributo a fondo perduto del 50% delle spese sostenute per l'abbattimento delle barriere architettoniche, sensoriali e della comunicazione, fino ad un massimo di euro 10.500,00 a condizione che l'assunzione del disabile sia a tempo indeterminato salvo casi eccezionali di assunzioni a tempo determinato da valutare in sede degli uffici competenti. In caso di contratti a tempo determinato già in essere, il rimborso è concesso alla condizione che il contratto sia trasformato a tempo indeterminato;
- contributo a fondo perduto per l'acquisto di attrezzature per il telelavoro a copertura delle spese sostenute fino ad un massimo di euro 2.700,00 a condizione che l'assunzione del disabile sia a tempo indeterminato. In caso di contratti a tempo determinato già in essere, il rimborso è concesso alla condizione che il contratto sia trasformato a tempo indeterminato;
- contributo a fondo perduto per le spese sostenute dalle Cooperative di tipo B, anche in collaborazione con le imprese e con Enti Pubblici per la creazione, mantenimento e reinserimento di posti di lavoro fino ad un massimo di euro 10.500,00. Nel caso di progetti di particolare rilevanza e qualità, gli uffici competenti possono assegnare un finanziamento superiore, previo parere

della Commissione Provinciale Tripartita integrata dalle Associazioni dei disabili.

Con la **Delibera n. 660 del 12 luglio 2016** in materia di aiuti di stato, la Giunta Regionale ha recepito il regime "in esenzione" (di cui al Reg. UE 651/2014) per quanto riguarda gli "aiuti alle assunzioni", che permette alle imprese - a prescindere dalla forma giuridica - di poter ricevere incentivi superando il limite previsto dal regime in "de minimis" di 200mila euro in 3 anni. In un secondo momento arriveranno i bandi e gli avvisi pubblici, con cui si renderanno disponibili circa 15 milioni di euro fino al 30 giugno 2021, che potrebbero complessivamente attivare oltre 2.000 assunzioni.

3.3.4 Servizi di accompagnamento al lavoro di disabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali

La Regione Toscana - con decreto dirigenziale del 23 dicembre 2015, n. 6456, in attuazione della delibera di Giunta Regionale del 9 dicembre 2015, n. 1197 - ha approvato e pubblicato l'avviso pubblico "**Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili**" (POR FSE 2014-2020, Asse B, attività B.1.1.A. Inserimento soggetti disabili).

La finalità dell'avviso è quella di promuovere la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'**accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali**, attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-terapeutico e socio-lavorativo dei soggetti destinatari.

Saranno finanziati **progetti di sostegno all'inserimento socio-terapeutico e socio-lavorativo**, presentati da imprese e cooperative sociali, soggetti pubblici e privati che operano nel recupero socio-lavorativo di soggetti svantaggiati, secondo quanto previsto dal Provvedimento Attuativo di Dettaglio (PAD) del POR FSE 2014-2020.

I progetti - di durata biennale ed elaborati sotto il coordinamento e la supervisione della Società della Salute (o, dove non costituita, del soggetto pubblico individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci) - sono presentati e attuati da una Associazione Temporanea di Scopo (ATS), costituita o da costituire a progetto e finanziamento approvato. In ogni ATS dovrà essere presente almeno un Ente pubblico tra quelli che hanno funzioni di programmazione e gestione dei servizi e degli interventi per gli ambiti territoriali di riferimento dei progetti. Le zone distretto possono aggregarsi tra loro al fine di presentare progetti in forma integrata.

I progetti saranno finanziabili per importi non inferiori a 100.000 euro e non superiori a 1.500.000 euro. Complessivamente, le risorse del Fondo Sociale Europeo a disposizione ammontano a **14.700.000 euro**.

Il termine per la presentazione dei progetti è scaduto il 27 aprile 2016, la graduatoria sarà resa nota entro l'estate: i **destinatari** coinvolti nei progetti saranno **circa 1.500**. Le persone con disabilità e certificate per bisogni connessi alla salute mentale potranno ricevere una indennità connessa alla partecipazione ai percorsi di

accompagnamento al lavoro, inclusi gli eventuali percorsi formativi e stage in azienda (o altro soggetto ospitante) da un massimo di 400 euro ad un minimo di 150 euro lordi mensili e proporzionalmente alle ore realmente effettuate. La partecipazione a tali esperienze è da intendersi all'interno di un progetto personalizzato mirato all'inclusione sociale e lavorativa.

3.3.5 Agricoltura sociale

A partire dal 2012, con un finanziamento di due milioni di euro, sono stati avviati **percorsi di inserimento lavorativo di giovani disabili** (in particolare individui affetti da sindrome di Down e autismo) **nelle aziende agricole**: l'agricoltura sociale, grazie al progetto regionale, ha permesso a 362 disabili di lavorare in 53 aziende agricole localizzate su tutto il territorio toscano (il bando regionale ha dato la possibilità di accesso ad aziende agricole, cooperative di tipo B e associazioni/enti). Le risorse sono state destinate al riconoscimento di un contributo pari al 90% da erogare ai soggetti beneficiari per le spese sostenute per diverse tipologie di spesa, fra cui un compenso per la persona accolta, le spese per il tutor e le relative spese assicurative e/o di materiale necessario per il lavoro.

Tutte le azioni richiamate hanno avuto spesso il pregio di portare il giovane disabile fuori dalla routine quotidiana costituita dalla famiglia e dai servizi, prospettando opportunità di accesso al mondo del lavoro in grado di tutelare e valorizzare le proprie abilità lavorative. L'unicità del progetto toscano sta nel fatto che ad ognuno dei soggetti accolti nel progetto viene corrisposta una somma, che rappresenta una sorta di "salario" per l'attività svolta. Per molte di queste persone è stato il primo compenso che abbiano mai ricevuto.

3.4 Accessibilità di edifici e spazi pubblici e mobilità di persone con disabilità

3.4.1 I piani per l'accessibilità

La legge n. 41 del 28 febbraio 1986 ha introdotto i **Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA)**, strumenti di cui entro un anno dall'approvazione della legge si sarebbero dovute dotare le Amministrazioni Pubbliche⁶² per mappare le barriere architettoniche presenti negli edifici pubblici e, di conseguenza, approntare dei piani volti al loro superamento, anche grazie a specifiche risorse destinate allo scopo dal Ministero dei Lavori Pubblici e attraverso il ricorso a investimenti tramite risorse garantite dalla Cassa Depositi e Prestiti.

A partire dalla L.R. n. 47 del 1991, anche la normativa regionale è intervenuta, a più riprese sul tema di barriere architettoniche e accessibilità⁶³.

⁶² La L. 41/1986 prevedeva che i PEBA avrebbero dovuto essere adottati dai Comuni e dalle Province entro un anno dall'entrata in vigore, pena un "commissariamento" da parte delle Regioni per l'adozione del Piano. Anche la successiva L. 104/1992 (all'articolo 24 comma 9) ne conferma le indicazioni.

⁶³ Per la ricostruzione della normativa regionale si veda l'Allegato 3 alla Relazione sul

L'ultima indagine sullo stato di attuazione dei PEBA in Toscana è stata realizzata, tra il 2013 ed il 2014, dal CRID: tra i 166 Comuni rispondenti all'indagine, sono 68 gli Enti che si sono già dotati del Piano, mentre per altri 22 il documento è in corso di elaborazione⁶⁴.

Nel 2012 la Regione Toscana, la Provincia di Pistoia, l'Uncem ed il Centro Tesis dell'Università di Firenze hanno presentato *Piani per l'Accessibilità*⁶⁵, un programma operativo volto a conseguire l'accessibilità e la fruibilità piena di spazi, luoghi e attrezzature, quale valore della qualità della vita dei cittadini e dei processi di trasformazione urbana. I Piani per l'Accessibilità superano la logica della semplice rimozione degli ostacoli fisici o immateriali, divengono uno strumento comunale e/o zonale di sviluppo e coesione sociale e rappresentano una evoluzione culturale e scientifica dei PEBA.

3.4.2 I contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni

L'eliminazione delle barriere architettoniche risponde ad un'esigenza di autonomia, di fruibilità in sicurezza di spazi privati e pubblici, di dignità sociale delle persone con disabilità. E' compito delle Pubbliche Amministrazioni operare per rimuovere gli ostacoli, di qualunque natura, che inibiscono o limitano la libertà di movimento e di autodeterminazione delle persone con disabilità. Un concetto base è quello di **accessibilità**, intesa non solo in termini di raggiungibilità ma anche di fruibilità, praticabilità, dotazione di arredi e attrezzature, sicurezza d'uso, identificabilità e comfort. La L.R. 47/1991 "Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche", modificata con la L.R. 66/2003, e la L.R. 1/2005 "Norme per il governo del territorio" ha introdotto importanti novità che insistono sia nello **snellimento delle procedure** per ottenere i contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche sia sull'**attenzione all'accessibilità nei nuovi insediamenti**.

A partire dal **2005**, venendo a mancare il **Fondo Nazionale per l'abbattimento delle barriere architettoniche**, la Regione Toscana ha deciso di mettere in bilancio **risorse proprie** per far fronte alle necessità dei cittadini disabili⁶⁶. In particolare il **Regolamento 11/R del 2005** prevede, per i cittadini che si trovano in condizione di disabilità con menomazioni o limitazioni di carattere fisico, sensoriale o cognitivo e che devono provvedere alla eliminazione di barriere architettoniche negli edifici in cui sono residenti, la possibilità di presentare domanda per accedere al contributo regionale.

La valutazione delle domande viene svolta da una competente **commissione tecnica** istituita dal Comune, della quale fa parte anche personale medico. I Comuni

monitoraggio dei PEBA realizzata nel 2014 dal CRID.

⁶⁴ Per un approfondimento si veda il paragrafo 6.1 *La strada in salita verso l'abbattimento delle barriere architettoniche* all'interno di *La disabilità in Toscana* a cura dell'Osservatorio Sociale Regionale (Caterino et altri, 2015).

⁶⁵ *Piani per l'Accessibilità. Una sfida per promuovere l'autonomia dei cittadini e valorizzare i luoghi dell'abitare*, Gangemi Editore, 2012 (a cura di Antonio Lauria).

⁶⁶ Per un impegno, nelle ultime annualità, di 2.000.000,00 di euro l'anno (Delibere della Giunta Regionale n. 1083/2012, n. 1190/2013, n. 870/2014 e n. 968/2015).

predispongono la **graduatoria delle domande** ricevute e che hanno ottenuto una valutazione positiva e la trasmettono alla Regione, che predispone il provvedimento di riparto delle risorse. Ai cittadini viene assegnato un **contributo** non superiore al 50% della spesa effettivamente sostenuta e fino a un massimo di euro 7.500,00 per le opere edilizie e non superiore al 50% della spesa effettivamente sostenuta e fino a un massimo di euro 10.000,00 per le attrezzature.

Con la delibera GRT n.1043/2014 la Regione Toscana ha inoltre avviato il progetto sperimentale "Adattamento domestico: consulenze e contributi per persone con disabilità grave", volto a rispondere alle esigenze di adeguamento delle abitazioni delle persone con disabilità grave (cfr. *Infra*, 5.).

3.4.3 I contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche per gli Enti Pubblici

La Regione Toscana interviene a favore degli Enti Pubblici con un piano straordinario di investimenti per finanziare progetti integrati per l'eliminazione delle barriere architettoniche sul territorio.

Con Delibera di Giunta Regionale del 9 dicembre 2014, n. 1172, è stato approvato il bando 2014 finalizzato al finanziamento di progetti di investimento sociale (euro 3.810.000,00) e per l'eliminazione delle barriere architettoniche (euro 3.000.000,00) proposti da Enti Pubblici. Il bando è teso a finanziare progetti di abbattimento di barriere architettoniche, ma anche per la realizzazione e riqualificazione, acquisto di beni durevoli destinati ai servizi alla persona, all'attivazione di azioni strategiche, innovative e di buone pratiche.

Il decreto dirigenziale n. 6728/2015, che approva la relativa graduatoria e assegna i contributi, ripartisce le risorse fra 80 progetti di 53 Enti, per la maggior parte Comuni.

3.4.4 Le politiche per la mobilità: il trasporto pubblico locale

Da diversi anni la Regione Toscana ha introdotto nei contratti con i gestori dei servizi del trasporto pubblico locale esplicithe previsioni al fine di garantire alle persone con disabilità o alle persone con ridotta mobilità (PRM) le stesse possibilità degli altri cittadini di utilizzare i mezzi adibiti al servizio di trasporto pubblico.

Per quanto concerne il trasporto su gomma, la Regione Toscana sta portando a compimento la **gara unica** per individuare il gestore del servizio⁶⁷. Nel bando di gara sono comprese apposite previsioni al fine di consentire il perseguimento dell'obiettivo di creare condizioni di **pari opportunità tra tutti gli utenti del servizio**.

In particolare, il gestore avrà l'obbligo di assicurare che il **posizionamento delle fermate** e il loro aspetto favoriscano l'accesso per PMR e ipovedenti, nonché l'utilizzo di pannellature ben individuabili e una distanza adeguata dai punti di passaggio dei veicoli.

⁶⁷ Il 3 marzo 2016 la Regione Toscana ha decretato l'aggiudicazione definitiva ad Autolinee Toscane Spa (gruppo Ratp) dell'affidamento in concessione dei servizi di trasporto pubblico locale su gomma per il lotto unico regionale toscano.

Tutti i **nuovi autobus** saranno attrezzati con posti dedicati a disabili e PMR; i bus urbani e suburbani saranno dotati anche di pedane per facilitarne l'accesso.

Il gestore dei servizi dovrà inoltre prevedere, in collaborazione con le associazioni degli utenti ipovedenti, che i **contenuti delle informazioni** sul servizio (orari alle fermate, modifiche sul servizio, etc) presso le unità informative siano redatti e collocati in modo da consentire adeguata conoscenza anche a tali utenti, con particolare riguardo al colore di fondo degli orari, alla grandezza dei caratteri, alla posizione degli avvisi ed al posizionamento del display esterno sui mezzi.

Per i collegamenti FI-SI, AR-SI, FI-GR, FI-LU e GR-SI sarà inoltre disponibile nelle autostazioni di partenza e di arrivo un **servizio gratuito di assistenza** secondo quanto previsto dal Regolamento UE 181/2011 (allegato I).

3.4.5 Il trasporto ferroviario

Il **Contratto di Servizio** per il trasporto pubblico ferroviario di interesse regionale e locale formalizza i reciproci impegni e obblighi tra Regione Toscana e Trenitalia.

Il Contratto di Servizio è stato **rinnovato il 29 luglio 2016**. Un aspetto fondamentale del nuovo Contratto è rappresentato dagli **investimenti per il rinnovo del materiale rotabile**: l'Intesa preliminare sottoscritta nell'ottobre 2014 prevedeva 86 milioni di euro di investimenti (indicando tra gli obiettivi che almeno il 75% dei servizi giornalmente effettuati sulla rete fosse effettuato con materiale rotabile accessibile); l'accordo successivo (marzo 2016) ha portato il pacchetto investimenti ad un totale di 169 milioni di euro; con questa firma il monte investimenti è stato portato a 294 milioni di euro.

Il Contratto prevede inoltre un impegno delle parti per definire e concordare periodicamente un piano operativo di azioni tese per migliorare l'accessibilità dei servizi ferroviari per le persone con ridotte capacità fisiche e sensoriali coinvolgendo, per quanto di competenza, il gestore dell'infrastruttura. Tale piano operativo riguarderà in particolare l'informazione al pubblico sia a terra che a bordo del treno, ed il miglioramento del sistema di accoglienza ed assistenza per disabili nelle stazioni. Nell'individuazione e determinazione delle suddette azioni verranno opportunamente coinvolte le rappresentanze degli utenti e dei consumatori e le associazioni dei disabili. Per quanto concerne lo **stato di accessibilità della flotta** in Toscana, nel 2015 i treni in circolazione attrezzati per disabili rappresentavano il 58% del totale⁶⁸. Trenitalia dispone inoltre di materiale rotabile di scorta attrezzato e accessibile in grado di essere utilizzato in modo flessibile dove è necessario effettuare un servizio su specifica richiesta delle PRM che abbiano bisogno del posto riservato, prenotabile presso la Sala Blu⁶⁹.

⁶⁸ Percentuale nel giorno medio feriale sul totale dei treni/giorno feriali. Fonte: Carta dei servizi 2016 – Toscana.

⁶⁹ Le Sale Blu costituiscono il punto di riferimento per tutte le esigenze di viaggio delle persone con mobilità ridotta e sono presenti in un circuito di stazioni abilitate.

Nell'aprile 2015 la Regione Toscana ha sottoscritto un'**Intesa con Rete Ferroviaria Italiana (RFI)** per lo sviluppo delle infrastrutture e della capacità ferroviaria finalizzata al miglioramento qualitativo e preliminare alla stipula dell'Accordo Quadro. In tale Intesa vengono definite le azioni e gli interventi strettamente correlati agli aspetti qualitativi del servizio offerto da RFI per il miglioramento dell'accessibilità al servizio ferroviario per le PRM e ridotte capacità sensoriali, attraverso un programma di abbattimento delle barriere architettoniche e di innalzamento dei marciapiedi definito sulla base delle priorità d'intervento sincrone con l'impegno dell'impresa a rinnovare il materiale rotabile.

In Toscana, secondo i dati pubblicati sul sito di RFI, le **stazioni ferroviarie con servizio di assistenza⁷⁰ a PRM** erano 26 su 176 (il 14,8% del totale). A livello nazionale le stazioni dotate di ausili e/o personale destinato all'assistenza ai viaggiatori con disabilità sono 272 su 2.081 (il 13,1% del totale), gestite attraverso 14 Sale Blu.

Nel biennio 2016-2017, nel rispetto dell'Intesa con la Regione Toscana, RFI investirà 30 milioni di euro per l'innalzamento dei marciapiedi da 25 a 55 cm (l'altezza delle porte di accesso dei nuovi treni) per facilitare l'ingresso alle PRM. Previsti inoltre interventi per l'installazione di ascensori e di apparati d'informazione al pubblico (anche per non vedenti). Al termine dei lavori, la percentuale di stazioni toscane completamente accessibili raggiungerà il 60% (dall'attuale 46%).

Tabella 3.8 – Stazioni ferroviarie in Toscana con servizio di assistenza a PRM al 31.12.2015

<i>Stazione</i>	<i>Note</i>	<i>Sala Blu</i>
Arezzo		Firenze SMN
Campiglia Marittima		Firenze SMN
Cecina		Firenze SMN
Chiusi-Chianciano Terme		Firenze SMN
Empoli		Firenze SMN
Figline Valdarno		Firenze SMN
Firenze Campo di Marte	Durante l'orario notturno il servizio è limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore o di sedia a ruote	Firenze SMN
Firenze Rifredi	Durante l'orario notturno il servizio è limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore o di sedia a ruote	Firenze SMN
Firenze S. Maria Novella		Firenze SMN
Follonica		Firenze SMN

⁷⁰ Accoglienza in stazione presso il punto di incontro concordato o, per i viaggiatori in arrivo, al posto occupato sul treno; accompagnamento a bordo del treno in partenza o dal treno di arrivo all'uscita della stazione o, per chi prosegue il viaggio, a bordo di altro treno; messa a disposizione, su richiesta, della sedia a ruote per l'accompagnamento in stazione a/dal treno; salita e discesa a/da bordo treno tramite carrello elevatore per i viaggiatori su sedia a ruote; eventuale servizio, su richiesta, di portabagagli a mano (1 bagaglio).

Grosseto		Firenze SMN
Livorno Centrale		Firenze SMN
Lucca		Firenze SMN
Massa Centro		Firenze SMN
Montecatini Centro		Firenze SMN
Piombino	Servizio limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore	Firenze SMN
Pisa Centrale		Firenze SMN
Pisa S. Rossore		Firenze SMN
Pistoia		Firenze SMN
Poggibonsi	-	Firenze SMN
Sangimignano		Firenze SMN
Pontassieve		Firenze SMN
Prato Centrale		Firenze SMN
S. Giovanni Valdarno	Durante l'orario notturno il servizio è limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore o di sedia a ruote	Firenze SMN
Siena		Firenze SMN
Terontola - Cortona		Firenze SMN
Viareggio		Firenze SMN

Fonte: Elaborazioni su dati RFI

Turismo accessibile

Un sistema informativo rivolto ad un turismo attento alle esigenze di tutti: disabili motori e sensoriali, anziani, bambini, famiglie, persone con allergie e intolleranze alimentari. **"Turismo SuperAbile"** e **"Mare senza barriere"** sono due progetti finanziati dalla Regione Toscana per un totale di 45mila euro e realizzati dall'associazione onlus **Handy Superabile**, con l'obiettivo di fornire informazioni su stabilimenti balneari e strutture ricettive del litorale toscano, oltre che su itinerari di interesse storico-culturale-paesaggistico in Toscana.

Si calcola che **in Europa** visiano **50 milioni di disabili che desiderano viaggiare**; se consideriamo anche anziani e intolleranti alimentari si toccano i 145 milioni di turisti con esigenze speciali, per un indotto stimato in 185 miliardi di euro.

Il lavoro di mappatura ha interessato circa 500 stabilimenti balneari, 40 strutture ricettive e 10 itinerari turistici; un team di esperti ha compilato una scheda di accessibilità valutandone l'effettiva idoneità ed accoglienza delle persone con esigenze speciali. Il database sarà poi integrato all'interno del sito regionale sul turismo intoscana.it.

3.4.6 Il trasporto sociale

La mobilità sul territorio delle persone con disabilità, soprattutto finalizzata all'accesso a prestazioni di tipo socio-sanitario, viene assicurata anche dal **servizio di trasporto sociale** che Comuni, Aziende Usl e Società della Salute offrono ai cittadini in condizioni di disabilità e con ridotta mobilità attraverso un servizio gestito, nella maggior parte dei casi, da soggetti del Terzo Settore⁷¹.

Il trasporto sociale ricopre un ruolo rilevante nel garantire la mobilità dei disabili: in Toscana il numero di prestazioni per questo servizio arriva, in un anno, a quasi 570 mila unità e il 52,9% dell'utenza è costituito da persone con disabilità⁷². Il servizio si contraddistingue per l'elevata flessibilità e capillarità degli interventi, poiché basati su mezzi quali automobili e/o pulmini attrezzati in grado di raggiungere gli utenti anche nelle aree più isolate e/o presso i comuni montani della Toscana. Il trasporto sociale, in particolare per l'utenza disabile, opera soprattutto in maniera funzionale per l'accesso a prestazioni di tipo socio-sanitario, ma anche per favorire la mobilità verso il posto di lavoro, la scuola, i luoghi in cui vengono svolte attività periodiche ed occasionali.

Come evidenziato dal Rapporto dell'Osservatorio Sociale Regionale, il servizio presenta tuttavia differenti modalità organizzative e gestionali sul territorio – soprattutto in riferimento a servizi offerti, modalità di accesso ed eventuale compartecipazione al servizio – che paradossalmente rende il servizio, rivolto a favorire l'accessibilità, diversamente accessibile da parte dei cittadini con disabilità residenti in Toscana.

“Toscana accessibile”, il portale regionale della disabilità

“Toscana accessibile” è il portale regionale della disabilità. E' uno strumento attivato nel 2015 sul sito della Regione Toscana per diffondere tutte le informazioni nel settore della disabilità e le misure regionali in atto con una consultazione e interazione facile e intuitiva da parte dell'utente.

⁷¹ Il trasporto sociale, oggetto di uno specifico approfondimento da parte dell'Osservatorio Sociale Regionale nel corso del 2014, viene definito come [...] *un servizio di accompagnamento rivolto a persone in condizioni di disagio psichico, fisico o economico; prevalentemente anziani, disabili o minori, privi di idonea rete familiare di supporto e/o non in grado di muoversi in modo autonomo. È un servizio di competenza comunale che può essere effettuato in proprio attraverso i servizi sociali competenti, oppure – come accade più frequentemente – in funzione associata, delegandone la gestione all'unione dei Comuni di appartenenza, alle SdS, all'Azienda USL di riferimento o ad altre forme associative. È finalizzato a garantire l'accesso a strutture prevalentemente socio-sanitarie (RSA, strutture riabilitazione), socio-assistenziali (centri socializzazione, comunità minori), scolastiche (infanzia, primaria e secondarie di primo grado) e solo in via eccezionale anche lavorative o sanitarie. È in larghissima misura erogato da associazioni di volontariato. Il costo del servizio può essere interamente a carico degli enti competenti secondo modalità definite da regolamenti o altri atti, oppure in minima parte a carico dell'utenza, attraverso una quota di compartecipazione (Tosi F., Caterino L. e Sambo P., *Primo rapporto sulla disabilità in Toscana*, Osservatorio Sociale Regionale, 2014).*

⁷² Le altre tipologie di utenza sono costituite da anziani (33,2%), minori (2,1%) e altro (11,7%).

Il nuovo portale, che si ispira come modello grafico al quello di Open Toscana, arricchisce il sito della Regione mediante poche parole chiave che spiegano le funzioni della nuova piattaforma e nove grandi bottoni di accesso agli altrettanti temi in cui sono stati articolati i contenuti.

Il bottone “ausili e tecnologie” presenta procedure e prodotti, assistenza protesica e tecnologie assistive. Cliccando su “barriere e mobilità” si aprono i percorsi e la consulenza per il superamento delle barriere architettoniche e sensoriali. Gli altri bottoni, ciascuno con un colore diverso, danno accesso ai temi dell'autonomia, della salute, dello studio, del lavoro dei diritti, dello sport e del turismo.

E' presente anche un rullo di “news” dove trovano spazio le notizie più rilevanti sul mondo della disabilità prodotte da parte dell'**Agenzia Toscana Notizie**, che ne cura l'inserimento. Nel settore “notizie” sono accessibili informazioni, notizie e approfondimenti sui temi dell'accessibilità e disabilità in ambito regionale, interregionale e nazionale.

Raccolta e coordinamento dei contenuti, forniti dalle varie direzioni regionali coinvolte, sono curati dalla **Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale** della Regione Toscana, che si avvale del supporto del CRID, il **Centro Regionale di Informazione e Documentazione**.

3.4.7 La Scuola Nazionale cani guida per ciechi e la stamperia Braille

Attraverso la Scuola Nazionale cani guida per ciechi e la stamperia Braille la Regione Toscana garantisce i diritti dei disabili visivi, la tutela della loro condizione ed il loro inserimento sociale finalizzato al raggiungimento di un benessere che migliori la qualità della vita, nel suo contesto familiare, scolastico, ludico e sociale.

Completamente pubblica, la **Scuola nazionale cani guida per ciechi** di Firenze (da inizio anni '60 nell'attuale sede di Villa Martini a Scandicci) è insieme all'americana “Seeing Eye” la più antica Scuola cani guida in attività del mondo. In attuazione del DPR 616/77, la Scuola è stata attribuita dal 1° aprile 1979 alla Regione Toscana, che ne ha mantenuto il carattere nazionale.

Le funzioni e le attività della Scuola sono disciplinate dal Regolamento emanato con D.P.G.R. n. 58/R del 21.10.2013. Il compito istituzionale di **fornire cani addestrati alla guida di persone non vedenti** comporta varie attività quali l'allevamento e la selezione di cani di razza Labrador e Golden Retriever; l'addestramento di cani guida (i cani addestrati e consegnati sono circa 24 all'anno); i corsi di Orientamento e Mobilità (OM) finalizzati all'acquisizione delle tecniche necessarie al migliore utilizzo del cane guida (uno dei motivi più ricorrenti che fanno ritardare l'assegnazione del cane guida è la limitata capacità del richiedente a muoversi autonomamente); l'affidamento di cuccioli a famiglie volontarie collaboratrici con la scuola per lo svolgimento del programma di educazione e socializzazione.

La Scuola partecipa inoltre a progetti di ricerca, campagne di comunicazione sociale mirata alla sensibilizzazione/educazione della cittadinanza, attività didattiche, di formazione e consulenza.

Tra le diverse declinazioni dell'accessibilità, una particolarmente importante è l'**accessibilità all'informazione**. **Sesto Senso** è una pubblicazione trimestrale a cura dell'Agenzia giornalistica Toscana Notizie e stampato presso la Stamperia Braille⁷³.

La Stamperia Braille, inaugurata il 30 maggio 1926 e trasferita alla Regione Toscana nel 1979, nasce come luogo di produzione dei testi in braille (**trascrizioni in braille di testi scolastici** a favore degli studenti non vedenti della Toscana per il proprio percorso scolastico fino al conseguimento del diploma di scuola media superiore o della qualifica professionale, oltre a stampa da catalogo di testi letterari e musicali). Con il passare degli anni, ha ampliato la propria attività anche ad altri tipi di prodotti, servizi e attività, quali:

- realizzazione di libri tattili per bambini con tavole a rilievo, illustrazioni a colori e uso di materiali particolari; i libri sono pensati per l'utilizzo ed il gioco di bambini sia non vedenti che vedenti: stimolare l'integrazione già in età prescolare è risultato molto utile per facilitare l'accettazione della disabilità visiva;
- promozione dei diritti dei disabili visivi, tutela della loro condizione e del loro inserimento sociale attraverso la produzione di ausili e servizi innovativi di supporto alla loro autonomia in campo culturale, motorio e di integrazione sociale (ad esempio: produzione di testi, mappe tattili, pannelli e didascalie che favoriscano l'accessibilità anche a musei, giardini, luoghi pubblici e di lavoro);
- collaborazione con le associazioni di tutela dei disabili visivi; Enti, Università, Comuni, Musei e Fondazioni per la soluzione dei problemi legati all'accessibilità e all'integrazione.

3.4.8 Le attività in accordo con l'Ente Nazionale Sordi

La Giunta Regionale ha avviato una proficua collaborazione con l'Ente Nazionale Sordi (ENS) Toscana per la realizzazione di una serie di attività finalizzate a facilitare, sostenere e sviluppare la comunicazione delle persone sorde:

- servizio di traduzione in Lingua Italiana dei Segni (LIS) degli aggiornamenti finali del TGR3 Toscana, inseriti nella trasmissione "Buongiorno Regione" (in onda tutte le mattine, dal lunedì al venerdì, tra le ore 7.30/8.00) e del telegiornale di Toscana TV TG LIS (in onda tutti i giorni, esclusi i festivi, alle ore 18.50);

⁷³ Il codice Braille è il metodo di scrittura e lettura ideato appositamente per i non vedenti intorno alla metà dell'Ottocento dal francese non vedente Louis Braille. Gli elementi essenziali sono il puntino in altoparlante e lo spazio non punteggiato, ossia la distanza tra un puntino e l'altro. Il puntino in altoparlante ha forma e dimensioni particolari, in funzione delle possibilità percettive del polpastrello. La sua forma emisferica ha un'altezza di circa 0,5 millimetri ed un diametro alla base di circa 1 millimetro. Lo spazio vuoto tra due puntini che fanno parte di uno stesso segno è di circa 2,2-2,5 millimetri; tra due puntini di lettere diverse la distanza è di circa 3,5 millimetri. Disponendo in tutti i modi possibili i sei puntini si possono ottenere 64 combinazioni, che sono appunto i 64 segni del sistema Braille.

- Servizio di Segretariato Sociale, che consiste nella messa a disposizione di personale interprete che permetta la relazione tra sordi e udenti in tutte le necessità non solo di comunicazione ma anche di assistenza, tutela e sostegno nelle varie realtà territoriali e sociali;
- Servizio Ponte-Telefono, attraverso l'utilizzo di personale debitamente formato consente un'assistenza h24 alle persone sorde;
- Comunicare è vivere, un servizio teso a formare il personale medico e paramedico di alcuni ospedali (Careggi a Firenze, Cisanello a Pisa e Le Scotte a Siena) a comunicare con le persone sorde tramite la lingua dei segni.

Dal 2011 al 2016 la Regione Toscana ha impegnato oltre 700.000 euro.

4. Sport e disabilità⁷⁴

«Lo sport va a cercare la paura per dominarla, la fatica per trionfarne, la difficoltà per vincerla»

Pierre De Coubertin

«Lo sport ha il potere di cambiare il mondo. Ha il potere di suscitare emozioni. Ha il potere di ricongiungere le persone come poche altre cose. Ha il potere di risvegliare la speranza dove prima c'era solo disperazione»

Nelson Mandela

La frase di Pierre De Coubertin, fondatore dei moderni Giochi olimpici, si appresta molto bene a descrivere il rapporto tra disabilità e sport, superando la concezione di attività sportiva basata esclusivamente, o prevalentemente, sulla competizione agonistica e sulla sfida con gli altri, ponendo invece l'accento sul superamento di limiti e paure che ogni individuo, con disabilità o senza, deve affrontare.

L'approccio alla disabilità, coerentemente con l'impostazione ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sta progressivamente perdendo la sua connotazione esclusivamente medica, considerando invece anche quei fattori legati all'ambiente e alla società in cui la persona con disabilità è inserita (approccio bio-psico-sociale). Lo stato di disabilità, quindi, viene definito dalla complessa relazione esistente tra le modalità di funzionamento della persona (date dalla propria condizione di salute) e le possibilità date dal contesto di poter far esprimere e sviluppare tali funzionamenti. Lo stato di disabilità assume quindi una prospettiva dinamica, funzione sia dei fattori individuali che di contesto, incentrandosi sulla relazione che intercorre tra l'handicap e l'ambiente⁷⁵. All'interno di tale quadro, quindi, l'attività sul territorio di gruppi/associazioni sportivi rivolti alle persone con disabilità e la presenza di strutture accessibili e attrezzate rappresentano aspetti qualificanti dell'ambiente in cui la

⁷⁴ Per l'approfondimento sullo sport contenuto in questo Rapporto, si ringrazia della disponibilità e collaborazione mostrate dal Comitato Paralimpico Italiano della Toscana, nelle persone del Presidente Massimo Porciani e della responsabile segreteria Silvia Tacconi.

⁷⁵ La classificazione ICF (a un livello) considera 4 aree nella valutazione bio-psico-sociale della disabilità: 1) funzioni corporee; 2) strutture corporee; 3) attività e partecipazione; 4) fattori ambientali.

persona con disabilità vive⁷⁶, contribuendo al suo benessere psico-fisico in virtù di questi principali aspetti:

- la ricerca del superamento dei propri limiti in una dimensione ludica, consente di ottenere significativi risultati a livello riabilitativo;
- la competizione restituisce uno stimolo in più a migliorarsi, che contribuisce a consolidare l'autostima e l'autoconvincimento nel superamento degli ostacoli;
- l'ambiente in cui si svolge la pratica sportiva permette il superamento di quei fattori di inibizione alla crescita e di normalizzazione della diversità viceversa presenti in contesti protetti;
- lo stretto contatto con altri sportivi di ogni età, estrazione sociale, economica e culturale costringe la persona con disabilità ad un positivo confronto con il mondo esterno, attivando una relazione biunivoca in cui anche gli altri atleti si relazionano ad essi percependo la disabilità in una dimensione ben diversa da quella sanitaria.

Lo sport rappresenta quindi un importante elemento socializzante ed integrante nel percorso di vita e riabilitativo di una persona con disabilità, oltre che un valido strumento per il miglioramento del benessere, che non riguarda solamente le capacità motorie, ma anche l'incremento dell'autonomia e dell'indipendenza, l'aumento della sicurezza nei propri mezzi e nelle proprie possibilità. Da questi convincimenti nasce la consapevolezza che la pratica sportiva delle persone con disabilità debba essere esercitata, stimolata e potenziata.

4.1. Breve excursus storico a livello internazionale e nazionale

A livello internazionale. Le attività sportive rivolte specificamente a persone con disabilità ricevono un'importante spinta a partire dalla fine della II Guerra mondiale, quando il medico inglese Ludwig Guttmann – considerato il padre delle Paralimpiadi – iniziò ad utilizzare lo sport come attività riabilitativa per i membri delle forze armate affetti da lesioni spinali.

Nell'estate del 1948 il Dottor Guttmann organizzò i primi Giochi di Stoke Mandeville, con la partecipazione dei reduci britannici resi paraplegici nel corso del secondo conflitto mondiale; i Giochi, che ebbero una vasta eco anche a livello internazionale⁷⁷, si aprirono già dal 1952 alla partecipazione di atleti provenienti da altri Paesi, anche se il vero salto di qualità si ebbe nel 1960, quando i Giochi di Stoke Mandeville vennero

⁷⁶ Comitato Paralimpico Italiano, *I disabili e lo sport: una trattazione psicologica*, http://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFGV/cultura-sport/sport/allegati/I_DISABILI_E_LO_SPORT_Una_Trattazione_Psicologica.pdf

⁷⁷ Già nel 1924 erano stati organizzati a Parigi i primi Giochi silenziosi, competizione internazionale dedicata agli atleti sordi organizzata dal Comitato Internazionale degli Sport dei Sordi (*Comité International des Sports des Sourds*). Questi giochi si evolsero negli attuali Giochi olimpici silenziosi o *Deaflympics*.

tenuti a Roma, già sede delle Olimpiadi in quell'anno. Fu a partire da questa edizione, cui presero parte 400 atleti para e tetraplegici provenienti da 21 Paesi, impegnati in 8 discipline sportive, che si iniziò a parlare di Paralimpiadi. I Giochi paralimpici, a partire dalle edizioni di Toronto del 1976 e di Arnhem del 1980, si aprirono inoltre alla partecipazione di atleti ciechi, amputati e cerebrolesi. All'edizione di Seul del 1988 gli atleti con disabilità hanno utilizzato per la prima volta gli stessi impianti e la stessa logistica dei Giochi Olimpici per normodotati.

Oggi le Paralimpiadi rappresentano un evento internazionale e dal forte impatto anche dal punto di vista mediatico, grazie alla crescente attenzione da parte del pubblico nei confronti del movimento dello sport paralimpico. Lo stesso termine Paralympics, che inizialmente stava ad indicare Giochi Olimpici per Paraplegici, oggi ha assunto una diversa accezione: le Paralimpiadi sono infatti parallele e complementari alle Olimpiadi, tanto che i due comitati organizzatori – rispettivamente, IPC (Comitato Paralimpico Internazionale) e CIO (Comitato Olimpico Internazionale) – lavorano in maniera integrata per l'organizzazione dei Giochi.

La ribalta mediatica del movimento paralimpico deve essere però attribuita anche alla capacità degli atleti di rendersi protagonisti di *performance* sportive eccezionali, attirando così l'attenzione – più che sulla disabilità – sul gesto atletico: il caso certamente più noto, ma non isolato, è quello del velocista sudafricano Oscar Pistorius, amputato bilaterale, che è riuscito a qualificarsi per le Olimpiadi di Londra del 2012 nella gara dei 400 metri piani. Per restare tra gli atleti italiani, anche Paola Fantato – costretta sulla sedia a rotelle dalla poliomielite – ha gareggiato nella disciplina del tiro con l'arco ad Atlanta 1996, qualificandosi sia per le Olimpiadi che per le Paralimpiadi.

I numeri delle Paralimpiadi, che pure si riferiscono all'élite dei migliori sportivi con disabilità, mostrano un movimento in crescita che ha indubbe ricadute positive sul lato della diffusione della pratica sportiva anche a livello non agonistico: dalla prima edizione romana del 1960, cui presero parte 400 atleti di 21 diversi Paesi, si è arrivati all'edizione dei Giochi di Rio del 2016, in cui gli atleti partecipanti sono più che decuplicati (4.350) e le Nazioni partecipanti hanno toccato il numero record di 176.

In crescita anche i numeri delle Paralimpiadi invernali, iniziate con l'edizione di Örnsköldsvik (Svezia) del 1976 (16 Nazioni rappresentate e 450 atleti partecipanti) e giunte, con i Giochi russi di Soči del 2014, ad avere 550 atleti provenienti da 45 Paesi. L'edizione torinese dei Giochi invernali (2006) aveva invece visto avvicinarsi sui campi di gara 486 atleti con disabilità provenienti da 39 Paesi.

Tabella 4.1 – Le Paralimpiadi estive. N. Nazioni rappresentate e atleti partecipanti

Anno	Sede	Nazioni rappresentate	Atleti
1960	Roma	21	400
1964	Tokyo	22	390
1968	Tel Aviv (Israele)	29	750

1972	Heidelberg (Germania)	44	1.004
1976	Toronto (Canada)	42	1.600
1980	Arnhem (Olanda)	42	2.500
1984	Stoke-Mandeville (Uk) e New York (USA)	42	4.080
1988	Seul (Corea del Sud)	61	3.053
1992	Barcellona (Spagna)	82	3.020
1996	Atlanta (USA)	104	3.259
2000	Sydney (Australia)	127	3.846
2004	Atene (Grecia)	144	3.969
2008	Pechino (Cina)	148	4.200
2012	Londra (Uk)	164	4.294
2016	Rio De Janeiro (Brasile)	176	4.350

Fonte: International Paralympic Committee

In Italia. Nel nostro Paese il movimento paralimpico ha subito un forte impulso grazie al dottore Antonio Maglio che, in parallelo a quello che stava facendo Guttman con i soldati inglesi, introdusse lo sport a fini terapeutici e riabilitativi per persone con disabilità presso il Centro Paraplegici Inail di Ostia, affiancando inoltre il collega britannico nell'organizzazione della prima Paralimpiade del 1960.

Nel 1974 è avvenuta la costituzione della prima associazione nazionale per promuovere lo sport quale strumento di benessere psico-fisico dei paraplegici - l'Associazione Nazionale per lo sport dei paraplegici (ANSPI) - mentre nel 1981 nasceva la Federazione che, attraverso tappe successive di integrazione delle diverse organizzazioni sportive esistenti sulla disabilità, diventerà la Federazione Italiana Sport Disabili (FISD), ufficialmente riconosciuta dal CONI nel 1990. Il passaggio forse più importante avviene però nel 2003, quando la FISD diventa Comitato Italiano Paralimpico (CIP), organizzazione riconosciuta dal CONI e facente parte del Comitato Internazionale Paralimpico (IPC)⁷⁸.

Grazie all'approvazione della legge 124 del 7 agosto 2015 sul riordino della Pubblica Amministrazione, il Comitato Italiano Paralimpico ha ottenuto il riconoscimento formale di Ente Pubblico per lo sport praticato da persone con disabilità, alla stregua del CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano), mantenendo il ruolo di Confederazione delle Federazioni e Discipline Sportive Paralimpiche, sia a livello centrale che territoriale.

⁷⁸ Comitato Italiano Paralimpico, *La storia del CIP*, <http://13.69.255.72/admin/UploadAllegati/La%20storia%20del%20CIP.pdf>

Per quanto riguarda le attività svolte dal CIP, il Comitato coordina e favorisce la preparazione atletica delle rappresentative paralimpiche delle diverse discipline in vista degli impegni nazionali ed internazionali e, soprattutto, dei Giochi Paralimpici, estivi e invernali. Si occupa, inoltre, dell'avviamento alla pratica sportiva delle persone con disabilità, attraverso protocolli d'intesa con l'Inail, con le Unità Spinali e con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca per coinvolgere gli studenti con disabilità e integrarli nel tessuto scolastico.

4.2 Sport e disabilità in Toscana

Il 2016 rappresenta un anno molto importante per la Toscana con riguardo alle attività sportive per persone con disabilità: dal 15 al 22 luglio, infatti, Firenze ha ospitato i **Trisome Games 2016**, le prime Olimpiadi per atleti con Sindrome di Down.

L'evento - assegnato all'Italia e nello specifico a Firenze dalla Su-Ds (Sport Union for athletes with Down Syndrome), l'organismo internazionale che sovrintende lo sport per atleti con sindrome di Down - ha visto impegnati circa 900 atleti in rappresentanza di 34 nazioni dei 5 continenti, che si sono affrontati in 9 discipline (atletica leggera, nuoto, nuoto sincronizzato, ginnastica artistica, ginnastica ritmica, futsal, judo, tennis, tennis tavolo), sfidandosi per una medaglia ma, allo stesso tempo, infrangendo stereotipi passati e contribuendo ad accrescere la cultura paralimpica nel nostro paese e non solo. La manifestazione si è svolta presso lo stadio "Ridolfi" (atletica leggera), la piscina "Costoli" (nuoto e nuoto sincronizzato), le palestre "Sorgane" (ginnastica), "Generale Barbasetti" (futsal), "Affrico" (judo, tennis e tennis tavolo). Nell'area della Firenze Marathon nei pressi dello stadio "Ridolfi" è stato allestito il "Trisome Village", dove persone provenienti da tutto il mondo sono entrati in contatto dando vita ad una festa dello sport mondiale.

La candidatura dei Trisome Games è stata fortemente caldeggiata dal CIP e dalla FIDIR, la federazione sportiva paralimpica responsabile dell'organizzazione e della gestione dello sport riservata ad atleti disabili intellettivi e relazionali⁷⁹.

La sinergia istituzionale che ha portato alla scelta di Firenze quale sede dei Trisome Games è stata resa possibile anche da prassi collaborative sviluppate e migliorate nel tempo tra i diversi attori coinvolti. Uno dei progetti più importanti sviluppato a partire dal 2011 è stato **SportHabile**, nato dalla collaborazione tra il Comitato Italiano Paralimpico (CIP), la Regione Toscana, il Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), la Federazione delle Associazioni Nazionali dei Disabili (FAND) e la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH).

Il Progetto si sviluppa, in sintesi, nei seguenti punti:

- Informazione ("InformHabile"): apertura di sportelli informativi, presso luoghi frequentati da persone con disabilità, per informarli sulle possibilità del territorio ed orientarli alla pratica sportiva, e per favorire la circolazione di

⁷⁹ Il Comitato Organizzatore Locale è stato presieduto da Alessio Focardi, atleta paralimpico fiorentino negli anni '90, ed è stato costituito da Regione Toscana, Comune di Firenze, CIP, FIDIR e Convention Bureau di Firenze. <http://www.trisomegames2016.org/>

nozioni relative allo sport per i disabili ed ai suoi benefici, non soltanto per i praticanti ma anche per tutti coloro che in qualche modo sono in relazione con disabili che praticano una disciplina sportiva (genitori, parenti, amici); in tutto il territorio regionale sono presenti 15 sportelli (di cui 3 nelle province di Lucca e Pisa, 2 nelle province di Firenze e Massa Carrara, uno nelle altre province);

- Formazione ("FormHabile"): organizzazione di momenti formativi rivolti a tecnici e istruttori sportivi, docenti scolastici, associazioni di volontariato e in generale a tutte le figure che si occupano di sport e disabilità;
- Centri SportHabile: creazione di centri d'eccellenza dello sport per disabili, perfettamente accessibili, con personale qualificato e dove si possa realizzare una perfetta integrazione (cfr. § 4.3).

Il Progetto **ScuolHabile**, sempre promosso e gestito dal CIP Toscana, supporta invece le scuole nella promozione dello sport come strumento di integrazione per DSA, disabilità, forme di disagio/BES, casi di handicap grave, ecc. Il progetto opera sia sul fronte della formazione per gli operatori sportivi e della scuola, che dell'avviamento alla pratica sportiva paralimpica, in collaborazione con la Scuola Regionale dello Sport del CONI Toscana (SRdS Toscana).

Altra importante azione di promozione dello sport per persone con disabilità è costituita da **FirenzeHabile**, progetto promosso a fine 2013 da Regione Toscana, CIP Toscana, Federazioni e società sportive riconosciute dal CIP e Spazio Reale. Presso la Fondazione Spazio Reale di San Donnino (Campi Bisenzio) è presente un centro sportivo con campi multifunzionali, una palestra e due salette per il corpo libero, presso cui si praticano le seguenti discipline: judo per non vedenti, wheelchair hockey⁸⁰ per gravi disabilità fisiche, tiro con l'arco⁸¹ (anche *indoor*) per disabilità fisica e sensoriale, calcio a 5⁸² per disabilità intellettive, Torball per non vedenti. Oltre all'aspetto agonistico, il progetto prevede anche percorsi formativi rivolti a tecnici e preparatori. Altro obiettivo è coinvolgere il numero maggiore di soggetti del volontariato per allargare l'offerta complessiva, sportiva ma anche sociale e relazionale. Il progetto FirenzeHabile si è consolidato negli anni, diventando un insieme di manifestazioni, convegni e seminari.

Nel settembre 2011 Inail Direzione Regionale Toscana e CIP Comitato Regionale Toscana hanno poi sottoscritto un accordo di collaborazione, grazie al quale sono nati nel 2014 i **Campus Paralimpici** di avviamento allo sport, un'iniziativa che permette agli

⁸⁰ Nella primavera 2014 a Spazio Reale si sono svolte le finali di Coppa Italia.

⁸¹ Il tiro con l'Arco è stato fra i primi sport ad accogliere le persone disabili. Infatti la prima atleta italiana paralimpica ad aver partecipato alle Olimpiadi è stata l'arciere Paola Fantato ad Atlanta 1996.

⁸² A Spazio Reale nel 2014 si sono tenute con grande successo le fasi finali dei Campionati Italiani di Calcio a 5, organizzati dall'associazione sportiva QuartoTempoFirenze.

assistiti Inail di vivere un'esperienza di campus sportivo dove diventa possibile avvicinarsi allo sport, sia dal punto di vista teorico che pratico⁸³.

Tra gli altri eventi di promozione sul territorio dello sport per disabilità, inoltre, è da ricordare la **IX Giornata Nazionale Paralimpica** per l'Italia Centrale, tenutasi il 3 ottobre 2015 a Pisa. Attraverso questo evento, CIP, Fondazione Italiana Paralimpica con il contributo di Inail e in collaborazione con Regione Toscana, Miur, Provincia di Pisa, Comune di Pisa e Società della Salute hanno perseguito gli obiettivi di a) sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla tematica della disabilità comunicandone soprattutto il valore d'inclusione ed integrazione e b) promozione dell'attività sportiva quale strumento di benessere e socializzazione.

Da diversi anni, poi, la sensibilità della Regione si manifesta anche nella tradizionale premiazione del **Pegaso dello Sport**⁸⁴, in cui atleti paralimpici hanno acquisito spazi, ruoli e riconoscimenti all'interno della disciplina praticata, fianco a fianco di premiati normodotati.

Oltre a quanto sopra riportato, l'attività sportiva rivolta alla disabilità beneficia di un lavoro quotidiano, diffuso su tutto il territorio regionale, svolto da associazioni e gruppi sportivi. Di tali attività si darà conto nel § 4.4, presentando le evidenze dell'indagine condotta nei confronti di questi soggetti.

4.3. Le strutture sportive accessibili: il progetto SportHabile

Il CIP Toscana, con il contributo di Coni e Regione Toscana, attraverso il progetto SportHabile ha avviato un processo volto a favorire la pratica sportiva tra le persone con disabilità, promuovendo la cultura dell'accessibilità delle strutture e la presenza di personale qualificato per l'avviamento all'attività sportiva. Nel 2009-2010 è così iniziato un percorso di valutazione di strutture sportive presenti sull'intero territorio regionale, volto a rilevare quelle condizioni tali da renderle accessibili per l'attività sportiva da parte di persone con disabilità. Tale valutazione, avvenuta attraverso sopralluoghi delle strutture da parte di una commissione tecnica - composta da un architetto del CONI, un ingegnere e un architetto del CIP che hanno lavorato in collaborazione con il CRID - ha portato all'individuazione di 38 centri⁸⁵ che presentavano i requisiti stabiliti in merito, soprattutto, a:

⁸³ Dopo il successo registrato dai campus di avviamento allo sport paralimpico realizzati nel 2014 all'Isola d'Elba e nel 2015 a Principina Terra, CIP Toscana e Inail Toscana hanno attivato, a Marina di Massa dall'8 al 12 giugno 2016, una nuova edizione del Campus.

⁸⁴ Il Pegaso per lo sport è il massimo riconoscimento che la Regione Toscana, in collaborazione col Gruppo toscano giornalisti sportivi Ussi, il CIP Toscana e il Coni Toscana assegna ogni anno ad un atleta toscano (di nascita o di adozione) o ad una società che nel corso della precedente stagione abbiano conseguito risultati particolarmente significativi e che si siano resi protagonisti anche per etica e fair play, e nell'impegno contro la violenza nello sport.

⁸⁵ È Possibile in ogni momento fare domanda per diventare Centro SportHabile, inviando una richiesta al CIP Toscana e/o all'Ufficio Sport della Regione Toscana, dove occorre specificare la storia della realtà sportiva in oggetto, i progetti rivolti alla disabilità, la struttura dove opera e le qualifiche del personale presente.

- parcheggio riservato e accessibile;
- accessibilità struttura (assenza di barriere architettoniche);
- accessibilità bagni;
- accessibilità spogliatoi;
- accessibilità strutture "ricreative" accessorie come bar ecc.;
- personale qualificato ;
- presenza di attrezzature adeguate;
- lezioni prova gratuite.

Uno dei principali obiettivi perseguiti attraverso questo progetto è stato quello di cercare una maggiore integrazione tra atleti disabili e normodotati attraverso la promozione di attività poco praticate dai primi. Come si vede dalla tabella seguente, le strutture SportHabile assicurano la copertura di vari sport, a partire dai più rappresentati - come nuoto e bocce - fino ad attività come tiro con l'arco, scherma, equitazione e atletica.

Tabella 4.2 – I 38 centri SportHabile in Toscana

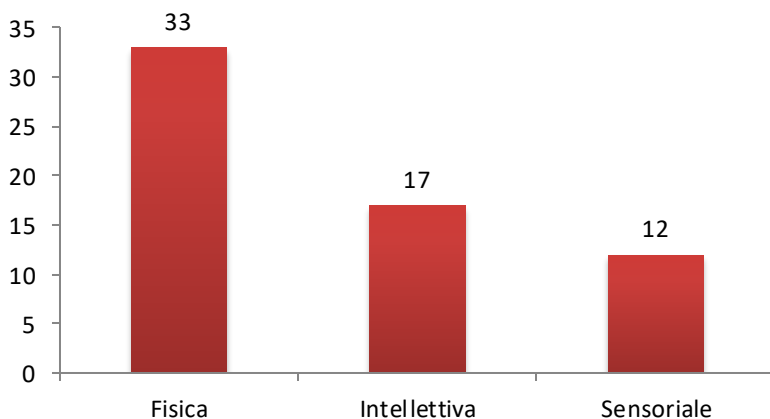
Nome struttura	Disciplina	Prov	Comune
Bocciodromo Comunale Arezzo	Bocce	AR	Arezzo
Bocciofila Cortona Bocce	Bocce	AR	Cortona
Accademia Schermistica	Scherma	FI	Firenze
Società Canottieri Firenze	Canottaggio	FI	Firenze
U.S. Affrico	Bocce	FI	Firenze
Palestra Filarete - Impianto polivalente Soffiano	Attività motoria	FI	Firenze
Polisportiva Associazionismo Sestese - Piscina P.za Bagnolet	Nuoto	FI	Sesto Fiorentino
Piscine comunali Pontassieve	Nuoto	FI	Pontassieve
Piscina comunale Paganelli	Nuoto	FI	Firenze
Micro piscina comunale Don Minzoni	Nuoto	FI	Firenze
Micro piscina comunale ITI Leonardo Da Vinci	Nuoto	FI	Firenze
Palazzetto dello sport di Scandicci	Hockey	FI	Scandicci
Borgo di Elisa - maneggio	Equitazione	FI	Borgo San Lorenzo
Borgo di Elisa - mini palestra	Attività motoria	FI	Borgo San Lorenzo
Piscina Costoli	Nuoto	FI	Firenze
Bocciofilo Arci Cecina	Bocce	LI	Cecina
Libertas Sport Livorno	Tennis	LI	Livorno
Bocciofila Migliarina	Bocce	LU	Viareggio
ASD Sport Toscana Calcio Balilla	Calcio balilla	LU	Altopascio

Nome struttura	Disciplina	Prov	Comune
Club Scherma Lucca TBB	Scherma	LU	Lucca
Palestra Comparini	Bocce	LU	Viareggio
ASD Afaph Onlus	Tiro con l'arco, Pallamano, Ciclismo	MS	Marina di Massa
Circolo Scherma Navacchio	Scherma	PI	Cascina
Centro Ippico comunale Santa Barbara	Equitazione	PI	Pomarance
GS UICI Pisa	Torball, Judo	PI	Pisa
Asd Cavalli e Carrozze	Equitazione	PO	Prato
Piscina Via Galilei	Nuoto	PO	Prato
Piscina San Paolo	Nuoto	PO	Prato
Palestra Datini	Ginnastica ritmica	PO	Prato
Tennis Club Pistoia	Tennis	PT	Pistoia
Bocce Montecatini Terme	Bocce	PT	Montecatini Terme
Bocciofila Monsummanese	Bocce	PT	Monsummano Terme
Tennis Tavolo Fabbrica delle Emozioni	Tennis-tavolo	PT	Pistoia
Campo di atletica presso il campo scuola del CONI	Atletica	PT	Pistoia
Scuola di Ballo Se Mi Aiuti Ballo Anche lo	Attività motoria	SI	Siena
ASD Le Bollicine	Equitazione	SI	Sovicille
Unione Sportiva Poggibonsese	Tiro con l'arco	SI	Poggibonsi
Sienascherma ASD	Scherma	SI	Siena

Fonte: Comitato Italiano Paralimpico

I centri sporthabile si rivolgono nella maggior parte dei casi ad un'utenza che può presentare differenti tipi di disabilità. Sono infatti 23 i Centri che garantiscono l'organizzazione di attività rivolte a un'utenza diversificata, che nella maggior parte dei casi organizzano attività sportive rivolte a persone con disabilità fisiche (33), mentre sono 17 le strutture indirizzate verso la disabilità intellettiva e 12 per quella sensoriale.

Grafico 4.3 – N. centri Sporthabile per tipologia di disabilità cui si rivolgono



Fonte: Elaborazioni su dati Comitato Italiano Paralimpico

I dati rilevati dalla Commissione incaricata di valutare i Centri ci restituiscono molte utili informazioni rispetto alle loro caratteristiche, in particolare per ciò che riguarda i temi dell'accessibilità, della sicurezza, le attrezzature presenti e le competenze del personale impiegato. Nella tabella successiva si propone, quindi, una selezione di alcune delle più importanti dimensioni rilevate attraverso la scheda SportHabile⁸⁶

Per quanto concerne il tema dell'accessibilità, pressoché tutti i Centri sono in grado di garantire l'accesso e gli spazi di manovra per sedie a ruote, oltre alla presenza di servizi igienici accessibili. Più ridotto il numero di Centri che ha strutturato percorsi individuabili anche da ipovedenti o non vedenti, dato che appare coerente con il minor numero di strutture rivolte alle disabilità sensoriali.

Nell'ambito della sicurezza, in particolare per ciò che concerne i sistemi di allarme all'interno dei bagni, la situazione appare meno omogenea, con circa 1/3 dei Centri che non risulta essere attrezzato in tal senso.

Dal punto di vista delle attrezzature sportive presenti e di istruttori e personale preparato, di converso, la situazione risulta molto più omogenea tra i 38 Centri SportHabile: tutte le strutture hanno a disposizione una idonea attrezzatura tecnica che può essere messa a disposizione delle persone con disabilità per la pratica sportiva.

In 36 Centri è inoltre garantita la presenza di personale disponibile a seguire gli sportivi con disabilità, in possesso di un'abilitazione o un'esperienza specifica, anche grazie al fatto di aver frequentato un corso di formazione *ad hoc* presso la propria Federazione sportiva.

Ultimo aspetto da richiamare riguarda la possibilità di effettuare una prova gratuita della pratica sportiva presso i Centri SportHabile: la prova consente di avere un primo

⁸⁶ Per la versione estesa della scheda di valutazione dei Centri Sporthabile si rimanda al sito web dedicato: <http://www.progettosporthabile.it/>

approccio ad uno specifico sport e dà alla persona la libertà di scegliere se quella pratica sportiva è effettivamente adeguata alle proprie caratteristiche e aspettative.

Tabella 4.4 – Centri SportHabile: caratteristiche di accessibilità, sicurezza, attrezzature e competenze del personale

		Si	No	In parte	N.d.
Accessibilità e sicurezza	Presenza di un numero sufficiente di posti auto riservati ai disabili	33	4		1
	Sono presenti adeguati spazi di manovra per sedie a ruote e per qualunque altro ausilio alla mobilità in corrispondenza degli spazi antistanti e retrostanti alla porta	37	1		
	La direzione dei percorsi è facilmente individuabile anche da persone ipovedenti o non vedenti	14	12	12	
	Nell'edificio è presente almeno un bagno accessibile (o almeno un bagno maschile e uno femminile se le aree dei bagni sono separate)	36	1		1
	Nei bagni sono presenti spazi di manovra sufficienti per una sedia a ruote e per qualunque altro ausilio alla mobilità	33	1	3	1
	Ci sono adeguati ed efficienti sistemi di allarme all'interno delle stanze da bagno	23	12	1	2
	I locali adibiti a spogliatoio sono raggiungibili e fruibili agevolmente da persone su sedia a ruote o che utilizzano qualunque altro ausilio alla mobilità	24	4	3	7
Attrezzature e competenze del personale	E' presente idonea attrezzatura tecnica per poter consentire ai disabili che frequentano il Centro SportHabile di pratica attività sportiva	38			
	Questa attrezzatura è pronta all'uso ed in idoneo stato di manutenzione	37			1
	Esiste la disponibilità di personale specifico disponibile a seguire gli sportivi disabili	36	1		1
	Vi sono istruttori che abbiano un'abilitazione o esperienza specifica all'insegnamento dello sport per disabili	36	2		
	Hanno frequentato un corso specifico presso la propria Federazione Sportiva	33	4		1
	E' garantita la gratuità della prova senza eccezioni	36	1		1

Fonte: Elaborazioni su dati Comitato Italiano Paralimpico

I Centri SportHabile rappresentano una realtà importante sul territorio regionale e una buona pratica che, partendo dal modello dei CASP (Centro Avviamento allo Sport Paralimpico)⁸⁷ promossi a livello nazionale dal CONI, cercano di allargare la platea dei

⁸⁷ <http://www.comitatoparalimpico.it/menu/casp.aspx>

soggetti da avviare allo sport paralimpico. Tra gli effetti positivi del progetto vi è inoltre quello di aver allargato la visione dello sport per la disabilità anche a quelle società e gruppi sportivi che non nascono specificamente sul tema della disabilità, ma che invece si occupano prevalentemente di attività sportiva, in questo caso, per tutti.

Nelle intenzioni del CIP vi è la volontà di “rilanciare” e allargare il processo di accreditamento delle strutture sportive toscane come Centri SportHabile, promuovendo la cultura dell’accessibilità allo sport e l’integrazione delle persone con disabilità.

4.4 Sport e disabilità: indagine sulle associazioni e sui gruppi sportivi in Toscana

L'indagine su sport e disabilità in Toscana è stata realizzata nel mese di giugno 2016. Operazione preliminare alla rilevazione è stata la costruzione di un indirizzario delle società, delle associazioni e dei gruppi sportivi che svolgono attività rivolte, esclusivamente o in parte, a persone con disabilità. A tale fine sono state messe in relazione più banche dati: il Registro Nazionale delle Associazioni e Società Sportive dilettantistiche tenuto dal CONI, l'indirizzario del Comitato Regionale Toscana del CIP e quello del progetto SportHabile, alcuni riferimenti indicati dalle Federazioni Sportive Nazionali; ulteriori contatti sono stati individuati tramite rassegna stampa e ricerca sul web. L'indirizzario finale così ottenuto risulta composto da 82 tra società, associazioni e gruppi sportivi. Tramite Limesurvey, applicativo per la somministrazione *online* di questionari, a tutti questi contatti è stato inviato un questionario semistrutturato (domande chiuse più alcune domande aperte finali; in appendice). All'indagine hanno risposto 51 strutture, per un tasso di risposta pari al 62%, di cui 48 in modo positivo alla prima domanda-filtro di verifica (“la sua organizzazione si occupa, in qualche misura, di attività sportive che coinvolgono anche persone con disabilità?”)

L'elenco delle realtà che realizzano attività sportive rivolte a persone con disabilità e che costituiscono il nostro campione è riportato nella tabella 4.5. La maggioranza delle società, delle associazioni e dei gruppi sportivi ha sede nella provincia di Firenze (18); seguono Pisa (8), Lucca, Prato e Pistoia (4), Grosseto e Siena (3), Arezzo (2), Livorno e Massa Carrara (1).

Tabella 4.5 – Società/ associazioni/ gruppi sportivi che hanno compilato il questionario

Denominazione	Prov.	Comune
All Stars Arezzo Onlus ASD	AR	Arezzo
Special Olympics Italia Onlus – Sede regionale	AR	Arezzo
Accademia Schermistica Fiorentina ASD	FI	Firenze
Associazione Pianeta Elisa onlus	FI	Borgo San Lorenzo
Atletica Futura ASD	FI	Figline e Incisa Valdarno
Canottieri Comunali Firenze ASD	FI	Firenze

Denominazione	Prov.	Comune
Centro Equestre Fiorentino ASD	FI	Firenze
Disabili Firenze Onlus ASD	FI	Firenze
Essere ASD	FI	Firenze
Fiorentina BXC	FI	Firenze
Funtennis ASD	FI	Figline e Incisa Valdarno
G.S. Unità Spinale Firenze Onlus ASD	FI	Firenze
Polisportiva Fiorentina Silvano Dani Onlus ASD	FI	Firenze
Polisportiva Handicappati Fiorentini	FI	Firenze
Quartotempo Firenze ASD	FI	Campi Bisenzio
Rari Nantes Florentia ASD	FI	Firenze
Robur 1908 Scandicci - sezione diversamente abili	FI	Scandicci
Santa Maria al Pignone ASD	FI	Firenze
Unione Sportiva E.N.S. Firenze ASD	FI	Firenze
Wheelchair Sport Firenze ASD	FI	Firenze
Skeep ASD	GR	Grosseto
Società Schermistica Grossetana ASD	GR	Grosseto
Yacht Club Punta Ala ASD	GR	Castiglione della Pescaia
Progetto Filippide Livorno ASD	LI	Livorno
Centro Nuoto Massarosa ASD	LU	Massarosa
Club Scherma Lucca TBB ASD	LU	Lucca
Polisportiva Silenziosi Versiliesi ASD	LU	Viareggio
Sport Toscana Calcio Balilla ASD	LU	Altopascio
A.F.A.P.H Onlus ASD	MS	Massa
Aquateam Nuoto Cuoio ASD	PI	Castelfranco di Sotto
Associazione Sportiva Handicappati Pisa onlus	PI	Pontedera
Club scherma Pisa A. Di Ciolo	PI	Pisa
G.S. Bellaria Cappuccini Solidarietà	PI	Pontedera
G.S. Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti Pisa	PI	Pisa
Liberamente Natural ASD	PI	Pomarance
SchermAbilità ASD	PI	Pontedera
U.S. Pisascherma	PI	Pisa
Chiti Scherma Pistoia ASD	PT	Pistoia
Nuoto Valdinevole ASD	PT	Monsummano Terme
Silvano Fedi Pistoia ASCD	PT	Pistoia
Apam Shiro Saigo ASD	PO	Prato

Denominazione	Prov.	Comune
Sinergy Anffas Prato Onlus ASD	PO	Prato
Special Team Prato	PO	Prato
Sporting Scherma Prato ASD	PO	Prato
A.S. Le Bollicine	SI	Sovicille
Acqua Uisp Siena ASD	SI	Siena
Unione Polisportiva Poggibonsese ASD	SI	Poggibonsi
Virtus Buonconvento SSD a r.l.	SI	Buonconvento

Nella tabella 4.6, a fianco della denominazione è presentato il dettaglio delle discipline sportive. Complessivamente sono oltre 30 gli sport praticati; la disciplina più diffusa è il nuoto (15), seguono nell'ordine scherma (11), atletica leggera (9), bocce (8), calcio/calcio a 5/calcio unificato (8), equitazione (6), basket (5) e tiro con l'arco (5).

Tabella 4.6 – Società/ associazioni/ gruppi sportivi e discipline sportive praticate

Denominazione	Discipline
All Stars Arezzo Onlus ASD	Bocce, Calcio, EQUITAZIONE, Nuoto, Pallavolo, Showdown
Special Olympics Italia Onlus – sede regionale	Atletica Leggera, Basket e Basket Unificato, Bocce e Bowling, Calcio e Calcio Unificato, Canottaggio e Indoor Rowing, EQUITAZIONE, Ginnastica Ritmica, Nuoto, Pallavolo Unificata, Sci
Accademia Schermistica Fiorentina ASD	Scherma
Associazione Pianeta Elisa onlus	Ippoterapia socializzazione, Vacanze e vita indipendente
Atletica Futura ASD	Atletica Leggera
Canottieri Comunali Firenze ASD	Canoa acqua piatta
Centro Equestre Fiorentino ASD	EQUITAZIONE
Disabili Firenze Onlus ASD	Showdown
Essere ASD	Attività motoria
Fiorentina BXC	Atletica Leggera, Baseball, Bocce, Calcio a cinque, Nuoto, Scherma, Trekking, Vela
Funtennis ASD	Attività ludico motoria, Attività motoria adattata, Ginnastica, Tennis
G.S. Unità Spinale Firenze Onlus ASD	Attività fisica adattata, Tennis in carrozzina, Tennis tavolo, Tiro con l'arco
Polisportiva Fiorentina Silvano Dani Onlus ASD	Baseball, Scherma, Showdown
Polisportiva Handicappati Fiorentini	Bocce, Nuoto, Tennis tavolo
Quartotempo Firenze ASD	Basket, Calcio a 5
Rari Nantes Florentia ASD	Nuoto
Robur 1908 Scandicci - sezione diversamente abili	Corsi nelle scuole, Hockey

Denominazione	Discipline
Santa Maria al Pignone ASD	Pallavolo
Unione Sportiva E.N.S. Firenze ASD	Biliardo, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pesca Sportiva
Wheelchair Sport Firenze ASD	Basket in carrozzina
Skeep ASD	Atletica Leggera, Danza, Flag football, Trekking
Società Schermistica Grossetana ASD	Scherma in carrozzina
Yacht Club Punta Ala ASD	Vela
Progetto Filippide Livorno ASD	Atletica Leggera
Centro Nuoto Massarosa ASD	Nuoto
Club Scherma Lucca TBB ASD	Scherma
Polisportiva Silenziosi Versiliesi ASD	Biliardo a stecca, Bocce sintetiche, Calcio a 7, Calcio balilla
Sport Toscana Calcio Balilla ASD	Calcio balilla
A.FA.P.H Onlus ASD	Atletica Leggera, Bowling, Handybike, Nuoto, Tiro con l'arco
Aquateam Nuoto Cuoio ASD	Nuoto
Associazione Sportiva Handicappati Pisa onlus	Bocce, Scherma, Tiro con l'arco
Club scherma Pisa A. Di Ciolo	Scherma
G.S. Bellaria Cappuccini Solidarietà	Basket, Calcio, Danza movimento terapia, Nuoto, Rugby, Tiro con l'arco
G.S. Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti Pisa	Atletica Leggera, Judo, Showdown
Liberamente Natural ASD	Attacchi, Dressage, Endurance, Pony games, Volteggio
SchermAbilità ASD	Scherma
U.S. Pisascherma	Scherma
Chiti Scherma Pistoia ASD	Scherma
Nuoto Valdinevole ASD	Nuoto
Silvano Fedi Pistoia ASCD	Atletica Leggera
Apam Shiro Saigo ASD	Judo
Sinergy Anffas Prato Onlus ASD	Atletica Leggera, Bocce, Nuoto
Special Team Prato	Basket, Bowling, Ginnastica ritmica, Nuoto, Sci
Sporting Scherma Prato ASD	Scherma
A.S. Le Bollicine	Calcio, Equitazione, Ginnastica, Vela
Acqua Uisp Siena ASD	Nuoto
Unione Polisportiva Poggibonsese ASD	Tiro con l'arco
Virtus Buonconvento SSD a r.l.	Nuoto

Per quanto riguarda l'anno di costituzione (grafico 4.4), il campione si divide quasi esattamente tra organizzazioni che hanno iniziato l'attività dopo il 2000 (15 tra il 2000

ed il 2009, 8 dal 2010 in poi) e realtà attive da prima del 2000 (5 sono state costituite negli anni '90, 9 negli anni '80, 3 negli anni '70 e 4 prima del 1970).

Con una successiva domanda (grafico 4.5) è stato chiesto agli intervistati di indicare da quanti anni la propria società, associazione o gruppo sportivo realizza attività sportive rivolte a (o anche a) persone con disabilità. La maggioranza delle organizzazioni (23) dichiara di avere oltre 10 anni di esperienza nel settore; 8 associazioni/società operano in questo ambito da 6 a 10 anni, 12 da 2 a 5 anni, e le restanti 5, di più recente costituzione, da un anno o meno.

Grafico 4.4 – Società/ associazioni/ gruppi sportivi per anno di costituzione (44 rispondenti)

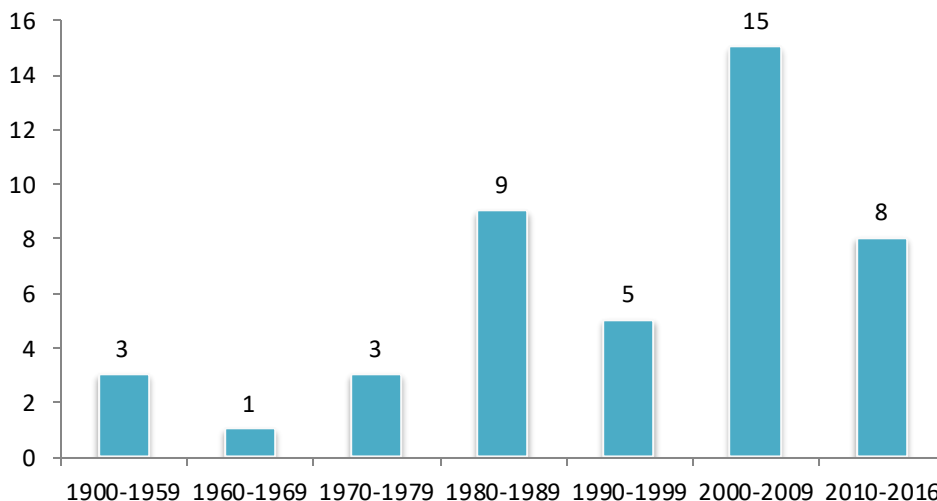
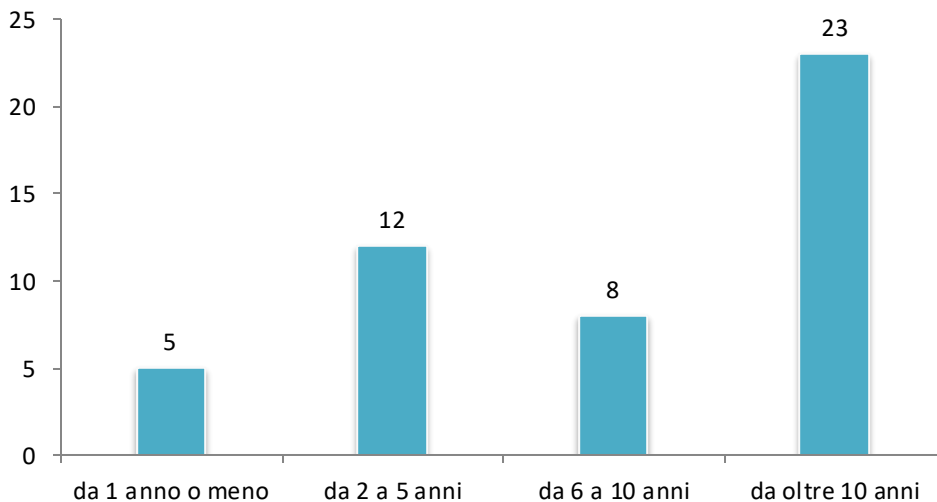


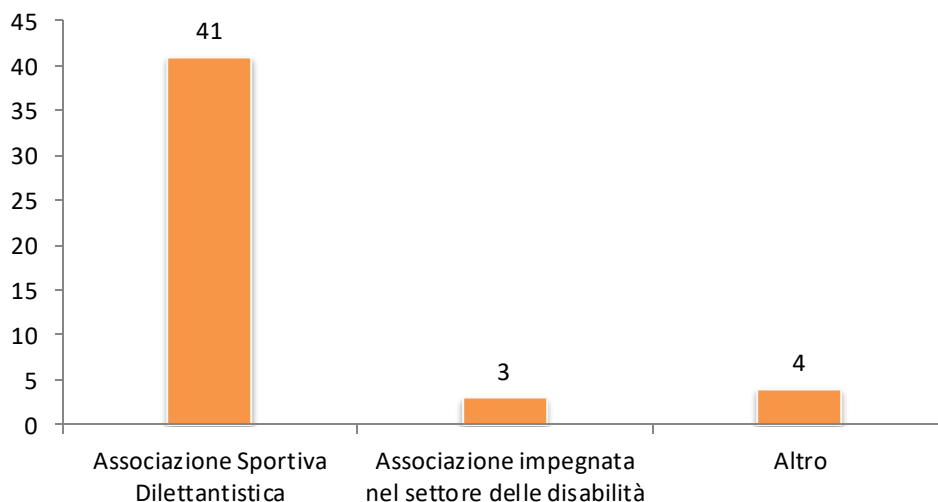
Grafico 4.5 – Da quanto tempo le società/ associazioni/ i gruppi sportivi realizzano attività sportive che coinvolgono anche persone con disabilità



Relativamente alla forma giuridica (grafico 4.6), su 48 organizzazioni ben 41 sono Associazioni Sportive Dilettantistiche (ASD). Le ASD sono associazioni con finalità sportive senza scopo di lucro. In Italia circa il 95% delle società sportive dilettantistiche assume la veste di ASD⁸⁸; tale formula, oltre ad essere più semplice ed economica nelle fasi di costituzione e gestione, consente di avvalersi di significative agevolazioni fiscali. Tra i requisiti richiesti alle ASD per godere dei benefici previsti dalla legge (L. 398/1991; L. 289/2000, art. 90; articoli 143 e 148 del T.U.I.R.) vi è l'iscrizione al Registro Nazionale del CONI.

⁸⁸ http://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/avvocatoAffari/mercatiImpresa/2014-05-08/associazioni-sportive-dilettantistiche-societa-173524.php?refresh_ce=1

Grafico 4.6 – Società/ associazioni/ gruppi sportivi per forma giuridica



Rispetto alle affiliazioni (grafico 4.7), 39 organizzazioni su 48 fanno riferimento a Federazioni Sportive Nazionali (FSN) – nell'ordine Federazione Italiana Nuoto Paralimpico (FINP), Federazione Italiana Scherma (FIS), Federazione Italiana Sport Disabilità Intellettiva e Relazionale (FISDiR), Federazione Italiana Sport Paralimpici e Sperimentali (FISPES), Federazione Italiana Sport Paralimpici per Ipovedenti e Ciechi (FISPIC), Federazione Italiana Pallacanestro in carrozzina (FIPIC), Federazione Italiana Sport Equestri (FISE) – mentre 8 organizzazioni fanno capo a Discipline Sportive Associate (DSA)⁸⁹. Sono invece 18 le associazioni/società affiliate (anche o solo) a Enti di Promozione Sportiva (EPS), quali CSI, UISP, CSEN, AICS e altri a seguire.

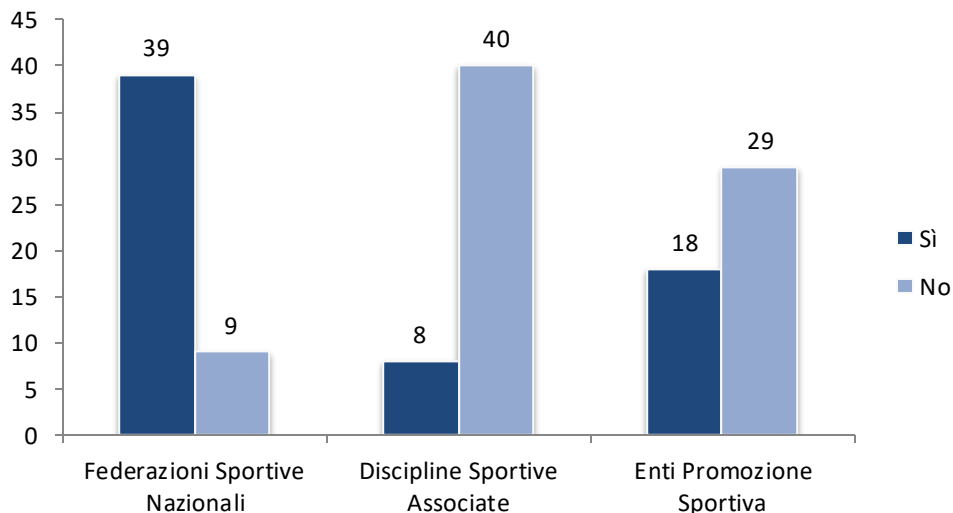
In Italia le FSN riconosciute dal CONI sono 45, quelle riconosciute dal CIP sono 21; le Federazioni identificate dal CONI con la denominazione di Discipline Sportive Associate sono 19, quelle riconosciute come DSA dal CIP sono 13.

Un EPS è, nell'organizzazione sportiva italiana, un'associazione che ha come scopo statutario la promozione e l'organizzazione di attività fisico-sportive con finalità ludiche, ricreative e formative. Gli Enti che rispettano determinati requisiti possono richiedere il riconoscimento da parte del CONI (attualmente sono 15) e/o del CIP (attualmente 13). Special Olympics Italia onlus è un'associazione benemerita riconosciuta dal CONI e dal CIP; presente in Italia dal 1983, opera in tutte le regioni (la sede toscana è ad Arezzo) e annualmente organizza i Giochi Nazionali e Regionali in 10 discipline sportive. Special

⁸⁹ Alcune federazioni sono riconosciute dal CONI e dal CIP come Discipline Sportive Associate. Le motivazioni sono fondamentalmente di due tipi: 1) si tratta di discipline a carattere principalmente ludico ricreativo che danno l'immediata percezione di attività di carattere sportivo come, ad esempio, la dama, il bridge o gli scacchi; 2) si tratta di discipline che, pur avendo una componente fisica preponderante e immediatamente percepibile, sono ancora "giovani" e, cosa più importante, non sono ancora riconosciute come sport olimpico/paralimpico.

Olympics è un programma internazionale di allenamento sportivo e competizioni atletiche per le persone, ragazzi ed adulti, con disabilità intellettiva; in Italia si contano 16mila atleti e oltre 10mila volontari.

Grafico 4.7 – Società/ associazioni/ gruppi sportivi per tipologia di affiliazione: Federazioni Sportive Nazionali, Discipline Sportive Associate, Enti Promozione Sportiva



Al campione di società, associazioni e gruppi sportivi è stato chiesto con che frequenza sono realizzate attività indirizzate a persone con disabilità (grafico 4.8). Per la netta maggioranza (38 su 48) dei rispondenti, si tratta di attività strutturate e abituali che l'organizzazione svolge per tutto l'anno; in 7 casi si tratta invece di attività frequenti ma legate alla stagionalità (è il caso, ad esempio, delle associazioni che praticano discipline come la vela, o altri sport praticati soprattutto all'aria aperta nella stagione primaverile/estiva). Solo in 3 casi, gli eventi sono poco frequenti, e realizzati su richiesta o in base alla disponibilità di specifiche risorse.

Grafico 4.8 – Frequenza con cui le società/ associazioni/ i gruppi sportivi realizzano attività indirizzate a persone con disabilità



Nel corso del 2015, sono 1.680 gli atleti destinatari delle attività realizzate dal campione di associazioni e società sportive (alla domanda hanno risposto in 45 su 48), con una prevalenza dei maschi rispetto alle femmine (61,4% vs. 38,6%).

In Italia, nel 2011 le persone con disabilità tesserate per Federazioni, Discipline Sportive Paralimpiche ed Enti di Promozione riconosciuti dal CIP erano 60.769 (di cui 12.231 tesserati con FSN, 1.315 con DSA e 47.223 con EPS), per un totale di 1.946 società sportive affiliate (tabella 4.7)⁹⁰.

Tabella 4.7 – Persone con disabilità tesserate e società sportive affiliate a FSN, DSA e EPS riconosciuti dal CIP in Italia nel 2011

	n. tesserati	n. società sportive
Federazioni Sportive Nazionali	12.231	1.295
Discipline Sportive Associate - Paralimpiche	1.315	117
Enti di Promozione Sportiva	47.223	534
Totale	60.769	1.946

Fonte: TANGOS - Area Sport e Società (2012)

I dati più recenti sulla pratica sportiva delle persone con disabilità, rilevati dall'Istat tramite indagine campionaria, risalgono all'anno 2013. La percentuale di persone di 6 anni e più con disabilità che nel tempo libero pratica almeno una volta alla settimana attività fisica (sport agonistici e non, palestra, passeggiate in bicicletta a velocità moderata, passeggiate a piedi per almeno un km, ginnastica dolce, etc) è pari al 15,2% (tabella 4.8), in valori assoluti 481mila persone (cioè circa 8 volte il numero di tesserati

⁹⁰ TANGOS - Tavolo Nazionale per la Governance dello Sport (2012).

FSN/DSA e EPS); nella fasce di età 6-44 anni, la percentuale di persone con disabilità che pratica una qualche attività fisica è pari al 42,4% (119mila persone), a fronte del 63,3% rilevato tra le persone senza disabilità.

A partire da questi dati, e considerando le stime sulla numerosità dei soggetti con limitazioni funzionali effettuata su dati Istat (capitolo 1), in Toscana si può parlare di almeno 30mila persone con disabilità che praticano regolarmente un'attività fisica o sportiva.

Tabella 4.8 – Persone di 6 anni e più per presenza della disabilità, classe di età e pratica di una qualsiasi attività fisica o sportiva. Quozienti per 100 persone. Anno 2013

	6-44 anni	45-64 anni	65 anni o più	Totale
Presenza disabilità	42,4	21,6	11,3	15,2
Assenza disabilità	63,3	53,8	47,7	57,5

Fonte: Istat (2013)

L'ultima rilevazione condotta dal Comitato Regionale Toscana del CIP, completata a giugno 2016, registra un totale di 606 atleti con disabilità tesserati per società sportive affiliate alle diverse Federazioni sportive olimpiche o paralimpiche. Nella tabella 4.9 è riportato il dettaglio per disciplina e Federazione di appartenenza: quella con il maggior numero di tesserati è la FISDiR, con 248 tesserati, seguita dalla Federazione Sport Sordi Italia (FSSI) con 56.

Tabella 4.9 – Atleti con disabilità tesserati per società sportive affiliate a Federazioni sportive in Toscana. Anno 2016

Disciplina	Federazione	n. tesserati
Arrampicata Sportiva	FASI	2
Baseball per ciechi	FISPIC	10
Basket in carrozzina	FIPIK	30
Bocce	FIB	10
Canoa Kayak	FICK	1
Canottaggio	FIC	56
Ciclismo	FIC	19
Equitazione	FISE	12
Hockey in carrozzina	FIWH	12
Judo ipovedenti e ciechi	FISPIC	6
Nuoto paralimpico	FINP	21
Scherma	FIS	28
Scherma per ciechi (sper.)	FISPIC	8
Sci nautico e wakeboard	FISNEW	0

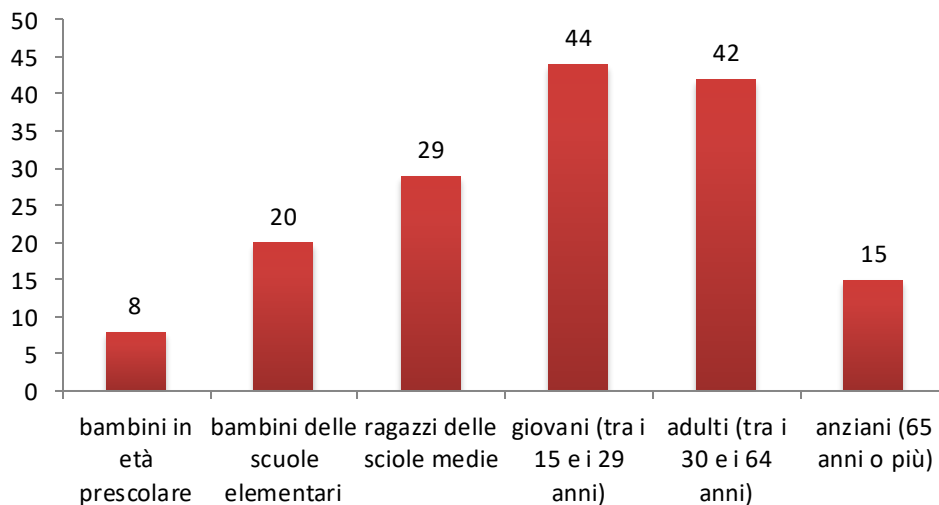
Showdown	FISPIC	6
Sport del Ghiaccio	FISG	0
Sport Paralimpici e Sperimentali	FISPES	25
Sport Paralimpici Invernali	FISIP	0
Sport per disabili intellettivi	FISDIR	248
Sport per sordi	FSSI	56
Tennis	FIT	27
Tennis tavolo	FITET	9
Tiro a Volo	FITAV	1
Tiro con l'arco	FITARCO	14
Vela	FIV	5
Totale		606

Fonte: CIP - Comitato Regionale Toscana

La presa in carico della persona con disabilità ha principi, modalità e presupposti diversi a seconda dell'età, del contesto e del tipo di disabilità. L'approccio alle attività sportive in età adulta, ad esempio, ha peculiarità diverse da quelle di un giovane o di un bambino; è da tenere presente che vi sono adulti che non sono nati con una disabilità, ma che hanno subito lesioni o menomazioni fisiche e psico-fisiche nel pieno delle capacità vitali e lavorative.

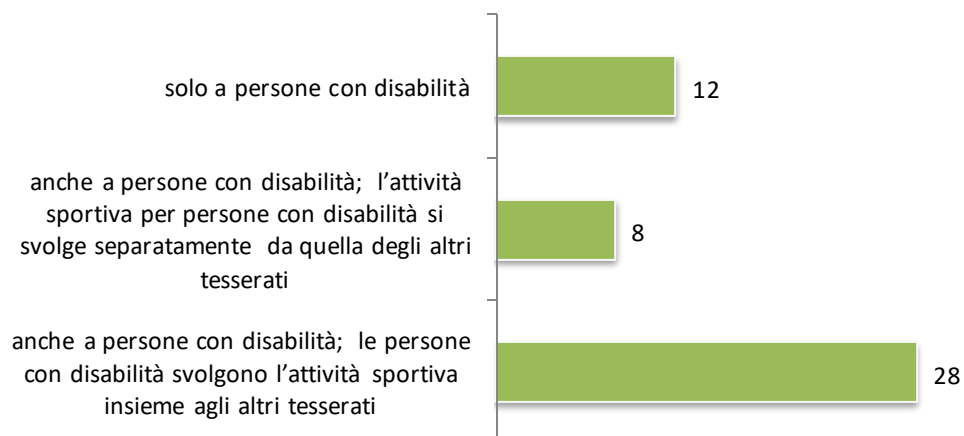
Rispetto ai destinatari delle attività (domanda a risposta multipla, grafico 4.9), più della metà del campione svolge attività destinate ai ragazzi in età di scuola secondaria di primo grado (29); 20 associazioni si rivolgono ai bambini in età di scuola primaria e 8 a bambini in età prescolare. Quasi tutti i rispondenti realizzano attività rivolte a giovani (44) e adulti (42). In 15 casi le attività hanno infine come destinatari persone con disabilità con 65 anni o più.

Grafico 4.9 – Destinatari delle attività realizzate dalle società/ associazioni/ dai gruppi sportivi e indirizzate a persone con disabilità (possibili più risposte)



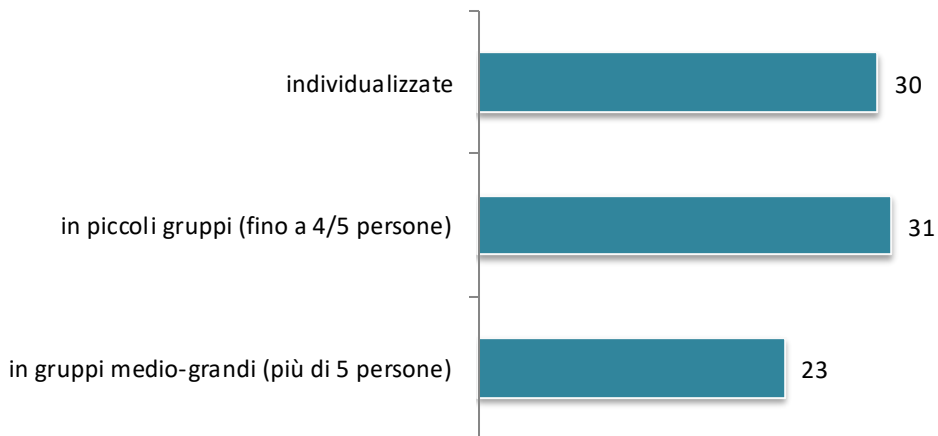
Su 48 organizzazioni, la più parte (28) realizza attività sportive alle quali gli atleti con disabilità partecipano insieme agli altri tesserati (grafico 4.10). Il dato sembra evidenziare un buon livello di integrazione delle persone con disabilità nelle realtà sportive per tutti; tale integrazione rappresenta una fonte di ricchezza anche per gli atleti normodotati, che nel confronto con la disabilità possono trovare un'occasione di crescita e di concreta condivisione. In 8 casi l'attività sportiva delle persone con disabilità si svolge invece separatamente da quella degli altri tesserati; le restanti 12 associazioni si rivolgono esclusivamente ad atleti con disabilità.

Grafico 4.10 – Le attività realizzate dalle società/ associazioni/ dai gruppi sportivi sono rivolte...



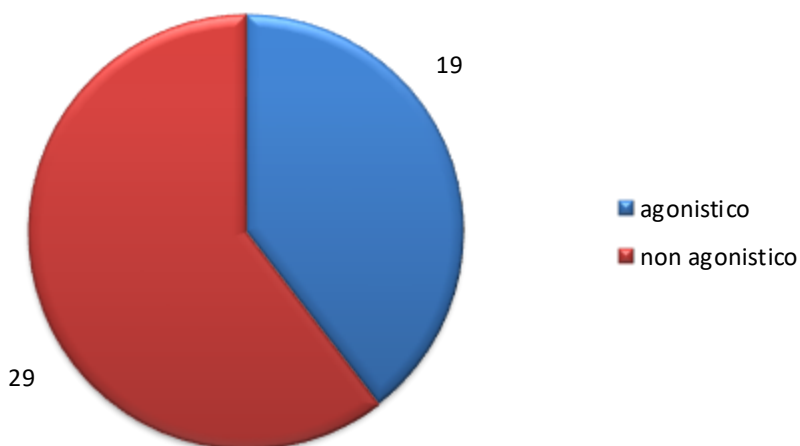
Le attività sportive rivolte alle persone con disabilità sono realizzate prevalentemente in piccoli gruppi composti fino a 4-5 persone (31) o in forma individuale (30), ma non mancano (23 risposte) le attività svolte in gruppi medio-grandi composti da più di 5 persone (grafico 4.11).

Grafico 4.11 – Tipo di attività realizzate dalle società/ associazioni/ dai gruppi sportivi che coinvolgono anche persone con disabilità (possibili più risposte)



Le attività sportive realizzate dal campione hanno prevalentemente un carattere non agonistico: 29 su 48 (grafico 4.12).

Grafico 4.12 – Carattere agonistico o non agonistico delle attività sportive praticate da persone con disabilità



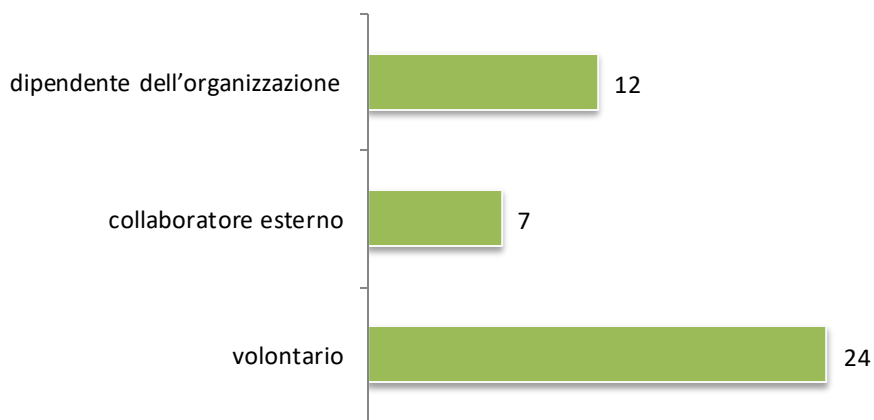
Per le gare agonistiche, gli atleti sono suddivisi in base al tipo di disabilità. La principale distinzione riguarda i disabili fisici e quelli intellettivo-relazionali. Per quanto riguarda la disabilità fisica, gli atleti vengono classificati sulla base dell'handicap motorio e sensoriale (i soggetti con deficit motorio vengono suddivisi in atleti con lesioni midollari; atleti con lesioni cerebrali; atleti con amputazioni; tutte le altre forme di disabilità difficilmente classificabili entro una delle patologie citate precedentemente). Gli atleti con disabilità sensoriale vengono invece suddivisi in non vedenti e non udenti. Gli atleti con disabilità intellettive (alterazioni dell'attività mentale o delle funzioni intellettive, prodotte da agenti che hanno disturbato lo sviluppo del sistema nervoso, ad esempio ritardo mentale e sindrome di Down) rappresentano quasi la metà dei destinatari delle attività sportive realizzate dal nostro campione di associazioni/società (il 47,8%); seguono gli atleti con disabilità motorie (27,5%), sensoriali (17,5%) e relazionali (per esempio i disturbi dello spettro autistico, 7,2%).

Una specifica sezione del questionario è dedicata all'inquadramento ed all'istruzione/formazione dei referenti che all'interno delle società, delle associazioni e dei gruppi sportivi si occupano delle attività che coinvolgono persone con disabilità.

Nella maggioranza dei casi (24; grafico 4.13) i referenti per le attività con disabili sono volontari dell'associazione (che possono eventualmente ricevere un rimborso spese fino a 7.500 euro annui in esenzione fiscale); in un quarto dei casi (12) si tratta di un dipendente dell'organizzazione, mentre nei restanti 7 casi di un collaboratore esterno.

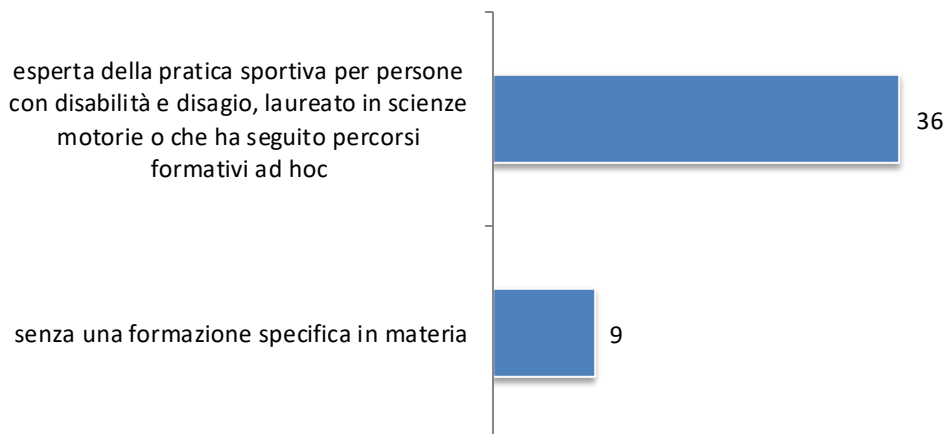
La domanda sul titolo di studio e sulla formazione (grafico 4.14) evidenzia che nella più parte dei casi (36 su 45 rispondenti) i referenti delle organizzazioni sono esperti della pratica sportiva per persone con disabilità e disagio, in possesso di una laurea in scienze motorie o che hanno seguito percorsi formativi *ad hoc*. Nei restanti 9 casi viene invece evidenziata l'assenza di una formazione specifica in materia.

Grafico 4.13 – Inquadramento* all'interno della società/ associazione/ del gruppo sportivo del/dei referenti per le attività che coinvolgono persone con disabilità (43 rispondenti)



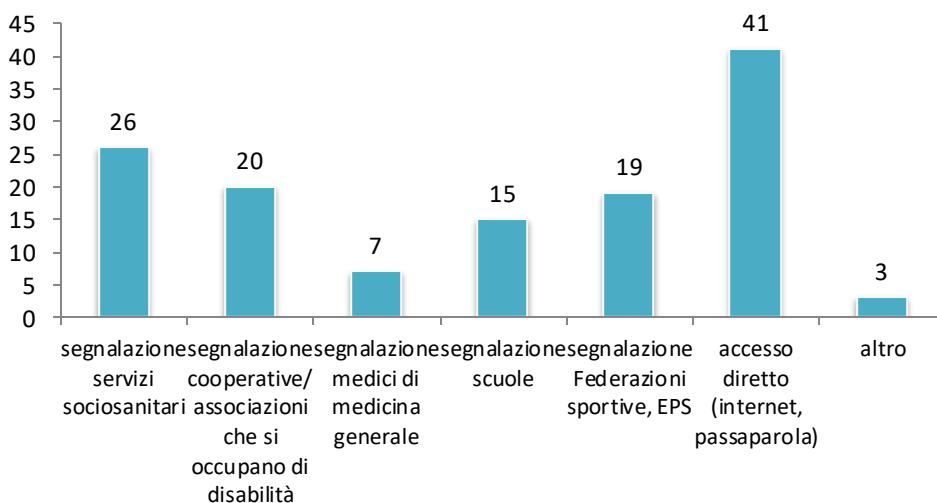
(* se più referenti, è stato chiesto di indicare l'inquadramento prevalente)

Grafico 4.14 – Formazione del/dei referenti per le attività che coinvolgono persone con disabilità (45 rispondenti)



Il grafico 4.15 mette in evidenza i canali attraverso i quali le persone con disabilità sono entrate in contatto con le società e le associazioni che costituiscono il campione (domanda a risposta multipla): prevale l'accesso diretto (41 casi), tramite passaparola, internet o social network; seguono i canali più formali, come le segnalazioni di servizi socio-sanitari (26), cooperative/associazioni che si occupano di disabilità (20), FSN/EPS (19), scuole (15) o medici di medicina generale (7).

Grafico 4.15 – Canali attraverso i quali le persone con disabilità entrano in contatto con le società/ associazioni/ i gruppi sportivi (possibili più risposte)

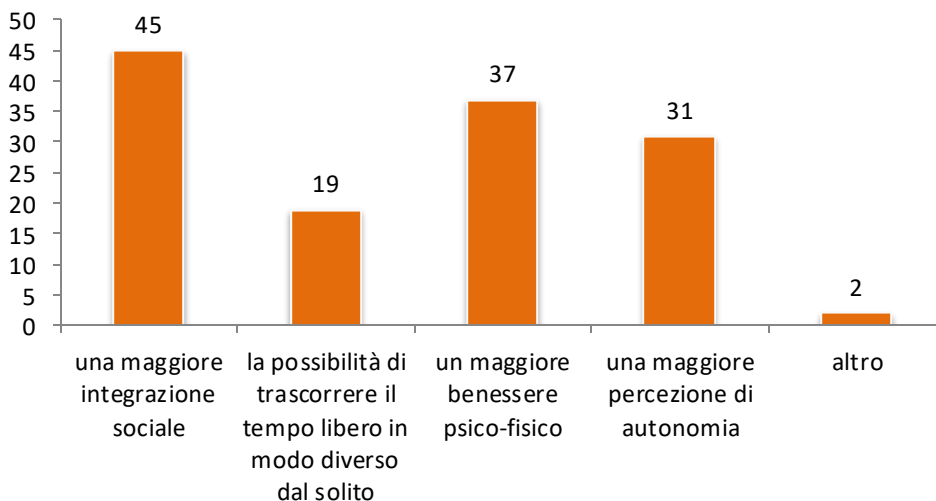


I benefici della pratica sportiva per un atleta con disabilità investono vari ambiti:

- cognitivo: migliore conoscenza del proprio corpo, dello spazio, del tempo e della velocità;
- fisico: incremento della forza muscolare, della capacità di equilibrio, della coordinazione motoria grazie alle ripetizioni consapevoli e finalizzate degli atti motori;
- sportivo: acquisizione delle conoscenze tecniche delle varie discipline sportive, regolamenti e confronti in gara;
- psicologico: la pratica sportiva produce uno stato di soddisfazione generale, favorisce la disciplina e l'allenamento, incrementando la capacità di autocontrollo;
- socio-educativo: possibilità di aumentare la propria autonomia.

L'elemento più importante secondo gli intervistati (grafico 4.16) è però quello dell'integrazione sociale, indicato in 45 questionari su 48 (i rispondenti dovevano scegliere i due benefici più importanti tra quelli proposti). Seguono il benessere psicofisico (37), la maggiore percezione di autonomia (31) e la possibilità di trascorrere il tempo libero in modo diverso (19).

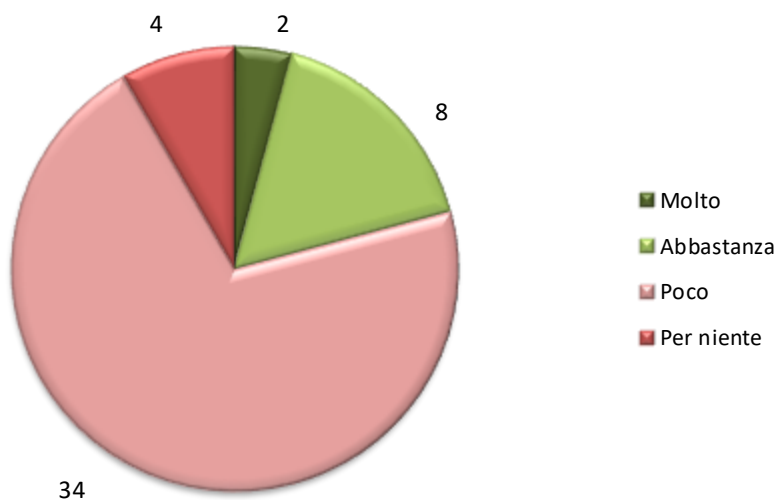
Grafico 4.16 – Benefici della pratica sportiva per le persone con disabilità, nella percezione dei referenti delle società/ associazioni/ dei gruppi sportivi (possibili due risposte)



Rispetto al livello di conoscenza della popolazione toscana sulle attività sportive per persone con disabilità (grafico 4.17), la maggioranza degli intervistati ritiene che la cittadinanza sia poco (34) o per niente (4) informata/sensibilizzata al tema.

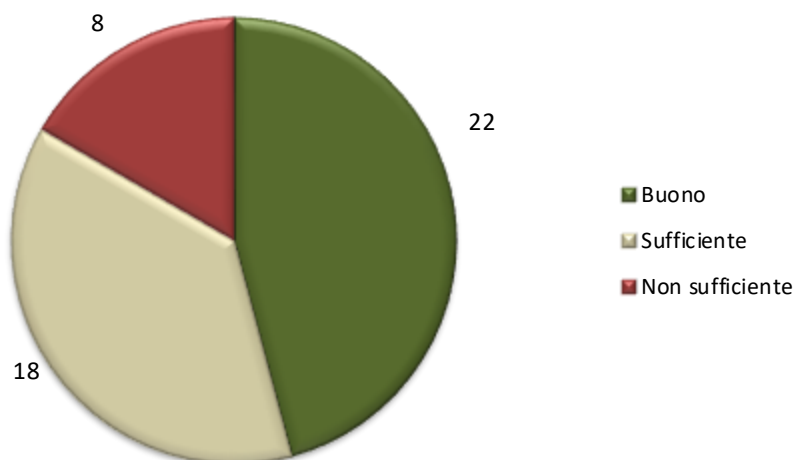
A tale proposito, una recente indagine campionaria su “*Gli italiani, lo sport e i valori sociali*”⁹¹ evidenzia a tale proposito che la percentuale di italiani che negli ultimi 12 mesi ha seguito, attraverso la televisione o altri mezzi di comunicazione, eventi sportivi con protagonisti atleti disabili è pari al 40%. Allo stesso tempo, la maggioranza degli intervistati ritiene che i Comuni siano sufficientemente poco (26%) o per niente efficaci (25%) nella promozione dello sport tra le persone con disabilità.

Grafico 4.17 – Livello di conoscenza della popolazione toscana delle attività sportive per le persone con disabilità, nella percezione dei referenti delle società/ associazioni/ dei gruppi sportivi (possibili due risposte)



⁹¹ Errepi Comunicazione e Studio Ghiretti (2014).

Grafico 4.18 – Bilancio delle iniziative sportive a favore delle persone con disabilità in Toscana, nella percezione dei referenti delle società/ associazioni/ dei gruppi sportivi

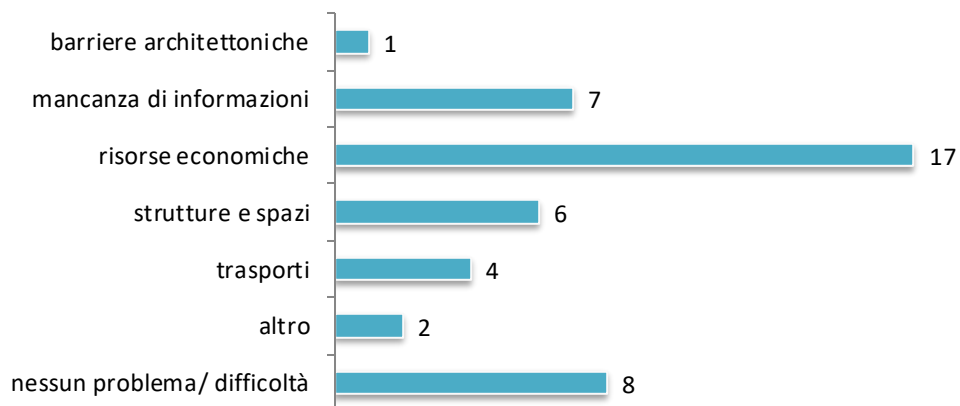


Il bilancio delle iniziative sportive a favore delle persone con disabilità in Toscana (grafico 4.18) è valutato in modo più che positivo (“buono”) da quasi la metà del campione (22 su 48); è sufficiente per 18 intervistati, mentre i restanti 8 rispondenti evidenziano un bilancio non sufficiente.

Non mancano però gli ostacoli che ancora limitano le attività sportive a favore delle persone con disabilità. Tra le più significative barriere esterne che si interpongono tra il soggetto disabile e l'attività sportiva (grafico 4.19) vi sono le risorse economiche limitate (17), un'informazione talvolta frammentata sugli sport praticabili e gli impianti sportivi disponibili (7), la disponibilità di strutture e spazi (6) e il ruolo del trasporto pubblico (4).

Tra i suggerimenti e le considerazioni finali degli intervistati, ritornano vari temi: su tutti quello di un maggior collegamento tra le società sportive e le istituzioni, i servizi socio-sanitari, le scuole e i medici di medicina generale. Ricorrente, oltre al problema delle risorse economiche, risulta anche la questione della sensibilizzazione della comunità locale.

Grafico 4.19 – Problemi o difficoltà che, nella percezione dei referenti delle società/ associazioni/ dei gruppi sportivi, limitano le attività sportive a favore delle persone con disabilità



5. Il progetto sperimentale per l'adattamento degli ambienti domestici

*«Questa è la vera natura della casa:
il luogo della pace; il rifugio non
soltanto da ogni torto, ma anche da
ogni paura, dubbio e discordia»*

John Ruskin

Per accessibilità si intende la [...] “possibilità, anche per le persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente, e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di sicurezza e autonomia” (art.2 comma G del DMLPP 236/1989). Tale definizione, riferita principalmente a beni materiali come gli immobili, può essere estesa anche ai servizi e alle informazioni, nei termini di fruibilità degli stessi da parte di tutti gli utenti, a prescindere dalle proprie condizioni psico-fisiche.

Nell'accezione di accessibilità maggiormente legata ai luoghi e agli spazi fisici, l'abitazione rappresenta il luogo principale in cui tale esigenza si fa più forte, poiché al suo interno l'individuo e la famiglia vivono la propria intimità, costruiscono relazioni, sviluppano la propria autonomia nell'ambito delle attività quotidiane.

Il patrimonio abitativo esistente, tuttavia, presenta ancora in larghissima parte caratteristiche strutturali e funzionali non pienamente compatibili con la disabilità e/o la non autosufficienza, elemento che invero riguarda parzialmente anche una parte delle nuove costruzioni, pur in presenza di norme che hanno stabilito i requisiti di progettazione accessibile sia per l'edilizia pubblica che per quella privata⁹².

La Regione Toscana prevede contributi a favore dei cittadini con disabilità per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni (cfr. *Infra*, 3.4.2) ai sensi della L.R. 47/1991, per un impegno finanziario - nell'ultimo quadriennio - di 2

⁹² La Legge 13/1989 e il successivo decreto attuativo 236/1989, nell'individuare disposizioni per il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati, distinguono tre livelli di progettazione e costruzione:

1) Accessibilità: un edificio e le singole unità immobiliari che lo compongono possono essere raggiunte e percorse senza limitazione alcuna da un disabile che si muove su sedia a ruote. All'esterno deve esserci almeno un percorso senza barriere architettoniche (gradine ed ostacoli). Negli edifici con più di tre piani è obbligatoria l'installazione di un ascensore. Per gli edifici fino a tre piani deve essere garantito l'accesso al piano terra e la possibilità di una futura installazione di meccanismi di elevazione per i piani superiori, qualora se ne presenti l'esigenza. Almeno il 5% degli alloggi di edilizia residenziale pubblica deve risultare accessibile con un minimo di 1 unità per ogni intervento.

2) Visitabilità: accessibilità limitata ad alcune parti dell'edificio e delle singole unità immobiliari. Tale requisito si intende soddisfatto quando è garantito l'accesso agli spazi di soggiorno, ad un servizio igienico e ai percorsi di collegamento.

3) Adattabilità: rappresenta un livello ridotto di qualità, infatti gli spazi devono essere progettati in modo tale da renderli accessibili con poche trasformazioni che abbiano un costo limitato (l'ampliamento delle forature per le porte, l'asportazione di un bidet per dare spazio di manovra ad una carrozzella in un bagno, ecc.).

milioni di euro l'anno. Accanto a questo intervento, attraverso la delibera GRT n.1043⁹³ del novembre 2014, la Regione ha avviato una sperimentazione volta a migliorare le opportunità di vita indipendente, la permanenza nel proprio ambiente di vita e la maggiore autonomia possibile delle persone con disabilità. Il progetto sperimentale "Adattamento domestico: consulenze e contributi per persone con disabilità grave" gestito dalla Società della Salute Fiorentina Nordovest con il CRID - Centro Regionale di Informazione e Documentazione per l'Accessibilità, è stato attuato nelle zone distretto SdS Fiorentina Nordovest e SdS Pratese con una dotazione finanziaria di 150 mila euro⁹⁴.

Il progetto Adattamento domestico, che si richiama all'esperienza dei CAAD dell'Emilia Romagna (vedi Box, *oltre*), ha inteso rispondere alle esigenze di adeguamento delle abitazioni delle persone con disabilità grave, attraverso consulenze svolte da un'équipe multidisciplinare e la realizzazione degli interventi e/o l'acquisto degli ausili finalizzati agli scopi richiamati.

I destinatari dell'intervento sono le persone con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/ 1992, in età compresa fra i 6 ed i 65 anni, con residenza anagrafica all'interno di uno dei comuni facenti parte della sperimentazione⁹⁵. Un ulteriore requisito di accesso (solo per i contributi economici) è dato dal possesso di un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.)⁹⁶ ordinario standard del nucleo familiare della persona con disabilità non superiore a € 29.999,00.

I contributi, riferiti all'ammontare complessivo delle spese per ogni beneficiario, vengono commisurati alla situazione economica familiare:

- Con ISEE del nucleo familiare da € 20.000,00 a € 29.999,00 il contributo massimo erogabile per ogni beneficiario copre fino al 50% delle spese complessive, fino ad un massimo di € 2.500,00.
- Con ISEE del nucleo familiare da € 10.000,00 a € 19.999,00 il contributo massimo erogabile per ogni beneficiario copre fino al 50% delle spese complessive, fino ad un massimo di € 5.000,00.
- Con ISEE del nucleo familiare fino a € 9.999,00 il contributo massimo erogabile per ogni beneficiario copre fino al 50% delle spese complessive, fino ad un massimo di € 7.500,00.

⁹³ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2014DG0000001196>

⁹⁴ Alcune delle informazioni sull'intervento riportate di seguito sono riprese dalle slide di presentazione del progetto elaborate dal Dott. Andrea Valdrè e dagli architetti Beatrice Benesperi e Fabio Valli, che in questa sede si ringrazia.

⁹⁵ Per la SdS Fiorentina Nordovest, si tratta dei comuni di Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa e Vaglia; Per la SdS Pratese, i comuni di Prato, Montemurlo, Poggio a Caiano, Carmignano, Vaiano, Vernio e Cantagallo.

⁹⁶ In corso di validità come da D.P.C.M. n. 159 del 5 Dicembre 2013, quindi riferibile alle regole in vigore da Gennaio 2015.

Sono state accolte in totale 36 domande: in tutti i casi è stata garantita la consulenza rispetto alle soluzioni per l'accessibilità domestica mentre, al momento di pubblicazione del presente Rapporto (agosto 2016) sono in fase di valutazione le domande per l'accesso ai contributi economici per la realizzazione degli interventi e/o per l'acquisto di arredi e attrezzature.

I Centri per l'adattamento domestico (CAAD) dell'Emilia Romagna

I CAAD, presenti in tutte le province dal 2005, sono servizi di consulenza gratuiti destinati a persone con disabilità, anziani e operatori che suggeriscono gli adattamenti da fare nelle abitazioni per favorire l'autonomia delle persone non autosufficienti e supportare il lavoro di cura dei familiari. Presso tutti i Centri provinciali è presente un'équipe di carattere interdisciplinare e multi professionale con la presenza di operatori sociali, fisioterapisti o altri operatori sanitari con particolare esperienza nel settore degli ausili per la mobilità e la vita quotidiana, operatori amministrativi con funzioni di segreteria organizzativa, tecnici progettisti esperti sui temi dell'accessibilità e del superamento delle barriere architettoniche. Nel solo 2014 (ultimo anno disponibile), i CAAD hanno effettuato 7.716 interventi, di cui 4.581 prestazioni a distanza, circa 2.000 consulenze in sede e 946 sopralluoghi. Tali interventi hanno raggiunto 2.575 cittadini e 1.931 tra operatori, familiari e volontari (prevalentemente a supporto dell'utente).

Oltre le consulenze fornite alle persone con disabilità e alle famiglie, i CAAD svolgono inoltre un ruolo:

- *informativo* rispetto alla normativa su contributi e agevolazioni, corsi e convegni legati al tema, approfondimenti sui temi dell'accessibilità dell'ambiente domestico;
- *formativo* rispetto ai temi della progettazione accessibile, dell'abbattimento delle barriere architettoniche, della domotica, ecc. Tali corsi sono orientati a diverse figure: dai tecnici progettisti agli operatori sociali e sanitari, fino agli utenti e alle famiglie.

Per ulteriori informazioni, cfr. il portale della rete dei CAAD dell'Emilia Romagna: www.retecaad.it

5.1 Gli elementi innovativi del progetto sperimentale

Con il fine di adeguare l'abitazione alle esigenze della persona con disabilità, il progetto sperimentale prevede, come detto, due principali tipologie di azioni - le consulenze tecniche personalizzate e i contributi economici - operanti su 3 aree di intervento:

- 1) Realizzazione di opere edilizie;
- 2) Acquisto e installazione di elementi di arredo, attrezzature e ausili;

- 3) acquisto e installazione di strumentazioni, dispositivi e impianti tecnologici; installazione di sistemi domotici⁹⁷.

Un approccio multidisciplinare e integrato. Uno degli aspetti maggiormente qualificanti il progetto è dato dall'erogazione di consulenze personalizzate da parte di un'équipe multidisciplinare, che integra competenze dell'area socio-sanitaria (assistente sociale, fisiatra, fisioterapista, ...) con quelle dell'area dell'accessibilità ambientale (architetto, sociologo, ingegnere), sposando così un approccio integrato alla disabilità e all'ambiente in cui questa è inserita. I professionisti componenti le unità di valutazione multidisciplinare (aree sociale e sanitario) sono quindi affiancati da professionalità di natura tecnica provenienti dall'Università di Firenze (Unità di ricerca interdipartimentale FAL - Florence Accessibility Lab) e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Questa integrazione di figure professionali ed esperienze consente un lavoro sinergico all'interno di un ambito necessariamente complesso, che si propone di andare oltre soluzioni standardizzate, valutando attentamente le esigenze della persona con disabilità, al fine di ricreare un ambiente domestico personalizzato in grado di attenuare e/o abbattere le difficoltà pratiche della vita quotidiana. Il disegno di tale intervento sperimentale si innesta, quindi, pienamente all'interno della definizione di disabilità data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel maggio del 2001 attraverso la redazione dell'*International classification of functioning, disability and health* (ICF), spostando l'attenzione dallo svantaggio della persona alle barriere - fisiche e sociali - che le impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società in condizione di reale eguaglianza con gli altri soggetti. Si tratta, come detto, di un cambiamento di prospettiva di assoluta rilevanza, non solo per gli aspetti teorici ma anche e soprattutto per le ricadute pratiche. La condizione di disabilità, non essendo più un elemento esclusivamente intrinseco alla persona ma che investe l'intero ambiente in cui è inserita, obbliga infatti ad ampliare notevolmente il raggio di azione degli interventi, delle azioni e delle politiche attivate per dare risposta ai bisogni dei soggetti con disabilità” (Caterino et altri, 2015: 5).

La valutazione sul tipo di intervento da suggerire all'interno dell'abitazione - contenuta in una relazione scritta che viene consegnata al nucleo familiare della persona con disabilità - avviene tenendo conto di due dimensioni: i livelli di funzionalità della persona con disabilità e le criticità presenti all'interno dell'ambiente domestico.

Valutazione e interventi personalizzati. Il gruppo di lavoro multidisciplinare lavora anzitutto cercando di individuare le esigenze e i bisogni della persona con disabilità e

⁹⁷ Per domotica si intende lo studio e l'applicazione di un complesso di tecnologie basate sull'ingegneria informatica ed elettronica, aventi per obiettivo la realizzazione di una serie di dispositivi integrati che permettano di automatizzare e facilitare l'adempimento delle varie operazioni solitamente svolte in un edificio. Alcuni esempi di applicazioni domotiche sono il controllo del sistema di riscaldamento, di alcuni elettrodomestici, della cucina, del sistema di sorveglianza.

quelle del proprio nucleo familiare, mettendole poi in relazione con le caratteristiche dell'ambiente domestico: con un sopralluogo presso l'abitazione vengono rilevate attraverso delle schede le esigenze in relazione ad attività cd. primarie e secondarie⁹⁸, in particolare l'eventuale difficoltà di svolgimento delle attività e le relative motivazioni. Successivamente al sopralluogo e alla compilazione delle schede di rilevazione dei bisogni, queste ultime sono state poi analizzate dall'équipe multidisciplinare per far emergere le esigenze, i problemi e le competenze necessarie a darvi risposta.

La relazione consulenziale preparata dall'équipe e consegnata al nucleo familiare, successiva alle attività sopra richiamate, individua così una o più soluzioni per ogni singolo problema. Nel corso della sperimentazione la consulenza svolta dall'*equipe* ha interessato anche altri ambiti, indirizzando la persona con disabilità e la propria famiglia anche verso altre *policy* funzionali alle proprie esigenze (p.e. il laboratorio ausili per l'apprendimento e la comunicazione, protesi e ausili inseriti dal Sistema Sanitario Nazionale all'interno del Nomenclatore ex DM 332/1999), ed effettuando una disamina dettagliata di tutti gli aspetti legati all'accessibilità dell'ambiente domestico, individuando così anche quelle problematiche latenti non chiaramente percepite come tali dai beneficiari dell'intervento.

Soluzioni che evolvono. Un altro aspetto qualificante delle consulenze, specie per quelle che hanno individuato soluzioni in ambito tecnologico e domotico, concerne l'adattabilità delle soluzioni all'evolversi o al modificarsi delle esigenze. Un esempio, in tal senso, può essere dato da strumenti quali i tablet o gli smartphone di ultima generazione che, attraverso l'utilizzo di applicazioni, consentono di rispondere a bisogni differenti (disabilità fisiche, intellettive, sensoriali), accompagnando l'evoluzione della persona: si pensi, ad esempio, alle app di supporto per persone con Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Contrastare l'istituzionalizzazione. Gli interventi di adattamento domestico consentono alla persona con disabilità di vivere all'interno della propria abitazione in condizioni di maggiore autonomia (dove possibile), accrescendo la qualità della vita propria e quella dell'intero nucleo familiare, rimandando (o evitando del tutto) l'inserimento in strutture di cura semi-residenziali o residenziali e riducendo al contempo i costi economici che ricadrebbero sulla collettività. Un primo studio valutativo basato sul metodo controfattuale, condotto dal CAAD di Bologna e relativo ai costi di adattamento degli stili di

⁹⁸ Attività primarie: raggiungere l'abitazione, spostarsi all'interno dell'abitazione, controllo caratteristiche ambientali, cucinare e nutrirsi, svolgere attività motoria, igiene e cura personale, provvedere al vestiario personale, dormire e riposarsi, sicurezza e comunicazione, lavoro e studio a domicilio.

Attività secondarie: intrattenere relazioni sociali, spostamenti interno/esterno, igiene e cura della casa, igienizzare la biancheria, giocare, prendersi cura di altre persone, curare il verde e spazi pertinenziali, accudire animali domestici, svolgere attività espressive, rilassarsi (leggere, tv, musica, ecc.).

vita⁹⁹, conferma questa lettura di maggiore economicità dell'intervento nel medio-lungo periodo, senza tralasciare il fatto che – consentendo alla persona con disabilità di continuare a vivere presso il proprio domicilio – si tratta di una soluzione anche socialmente preferibile.

5.2. I nodi critici da risolvere

Il progetto ha al contempo fatto emergere, coerentemente con il suo carattere sperimentale, alcuni aspetti di criticità che richiedono di essere affrontati affinché l'intervento possa essere maggiormente efficace e raggiungere l'intera popolazione target, in particolare coloro che vivono anche una situazione di maggiore fragilità economica.

Il cofinanziamento: possibili effetti negativi sulla selezione dei beneficiari. La Delibera GRT 1043 ha previsto, riguardo ai contributi economici per la realizzazione degli interventi di adattamento domestico, che questi potessero crescere al diminuire della capacità economica del nucleo familiare determinata dall'indicatore ISEE (cfr. *Infra*, 5.), al massimo per un importo non superiore al 50% del totale della spesa. Tale criterio potrebbe aver creato il rischio di una “selezione avversa” nel determinare i beneficiari dei contributi: anche se in graduatoria le persone con minori capacità di spesa risulterebbero ai primi posti, il proprio status socio-economico avrebbe appunto impedito loro di affrontare la spesa per l'intervento o gli interventi previsti, privilegiando i contributi verso le persone con una maggiore capacità reddituale, fino al tetto massimo di 30 mila euro fissato dal Bando.

Alcuni strumenti correttivi di questo possibile effetto potrebbero essere dati da una graduazione del cofinanziamento in capo ai soggetti beneficiari, tanto minore quanto è più bassa la loro capacità di reddito e, quindi, di sostenere l'intervento di adattamento all'interno della propria abitazione. Altro possibile correttivo, ad integrazione del precedente, potrebbe essere costituito dall'apertura di canali protetti per finanziamenti agevolati, in modo da diluire nel tempo la spesa prevista e aumentare la capacità di sostenere economicamente l'intervento.

Un mercato non ancora “maturo”. Negli anni scorsi l'idea di accessibilità veniva sovrapposta a quella di disabilità, relegandola di fatto all'interno di una nicchia che non le ha consentito, dal punto di vista della progettazione e dello sviluppo di soluzioni industriali, di raggiungere una platea ampia, altra rispetto a quella con problematiche di disabilità e non autosufficienza, non considerando che essa può riferirsi a dimensioni fisiche, ma anche immateriali (le barriere di accesso alle informazioni, ai servizi, ...), ma anche interessare condizioni transitorie di diversa natura: un incidente o la nascita di un bambino, eventi che comportano che vanno a scontrarsi con strutture fisiche non pensate per essere accessibili in situazioni al di fuori dei contesti di

⁹⁹ Bitelli C., Bensi N., Malavasi M., Centro Regionale Ausili Bologna, Rivista Abitare Anziani

“normalità”. Oggi la progettazione universale, influenzata dalla filosofia del *Design for all*¹⁰⁰, è *user-driven*, ovvero si ispira ai bisogni della persona genericamente intesa e concepisce l’ambiente come un aiuto e non come un ostacolo.

La crescita dell’industria della domotica e degli ausili a supporto dell’accessibilità, grazie anche alla maggiore attenzione da parte delle istituzioni europee¹⁰¹, è gravata dal *vulnus* della debolezza di competenze legate alle soluzioni per l’accessibilità di installatori e artigiani dell’edilizia: un buon intervento, anche se ben disegnato e programmato, rischia così di scontrarsi con l’incapacità di metterlo a sistema nell’ambito domestico. Una maggiore sensibilizzazione rispetto alla sviluppo di queste competenze specifiche potrebbe arrivare da un impulso di tipo istituzionale sul fronte dello sviluppo di iniziative formative, auspicabilmente anche attraverso il coinvolgimento degli ordini professionali e delle associazioni di categoria, in grado di agire anzitutto su una concezione di accessibilità datata e poco attenta a cogliere i segnali di un mercato in crescita, sia in virtù di una maggiore diffusione dei principi della progettazione universale ma anche, soprattutto, per l’evoluzione demografica che vede un progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di quelle patologie cronico-degenerative legate all’età anziana. Già nella fase odierna gli anziani residenti in Toscana sono 933mila, un quarto della popolazione totale; al 2015, inoltre, sono stimati oltre 77 mila anziani non autosufficienti, di cui il 43% in condizioni di gravità. Questi pochi numeri ben ci restituiscono le possibilità di sviluppo di un settore, a domanda crescente, in grado attraverso le proprie soluzioni di impattare positivamente sulla qualità di vita delle persone.

5.3. Una buona pratica per tutto il territorio

Il progetto sperimentale di adattamento domestico promosso da Regione Toscana, in una prima fase attuato all’interno di due zone socio-sanitarie della regione, si prepara ad essere esteso all’intero territorio toscano. Nell’estate 2016 è infatti partito l’iter che, attraverso l’emanazione di una delibera regionale, porterà alla realizzazione dell’intervento all’interno delle 34 zone socio-sanitarie. Il progetto, per propria natura e caratteristiche, ben si presta ad essere una buona pratica, presentando elementi di:

- *innovatività*: risponde ai bisogni di accessibilità attraverso soluzioni architettoniche e/o legate all’ambito tecnologico/domotico in grado di adattarsi anche a esigenze diverse o che si modificano ed evolvono nel tempo;

¹⁰⁰ Per un approfondimento sul tema della progettazione universale, cfr. Caterino *et al.*, 2015: 95-97

¹⁰¹ Nel 2010 la Commissione Europea ha emesso il Mandato 473 “Design for All”, indirizzato all’European Committee for standardization (CEN), all’European Committee for Electrotechnical Standardization (CENELEC) e all’European Telecommunication Standards Institute (ETSI), chiedendo di considerare l’accessibilità secondo l’approccio del Design for All nelle importanti iniziative di standardizzazione.

- *replicabilità*: risponde a bisogni omogenei rispetto alla popolazione target dell'intervento, individuando nel dettaglio i criteri di accesso e le competenze necessarie per garantire la multidisciplinarietà dell'approccio utilizzato dalle équipe;
- *persistenza nel tempo degli obiettivi raggiunti*: sia le soluzioni di tipo architettonico che quelle legate alla tecnologia/domotica sviluppano i propri effetti nell'arco del medio-lungo periodo;
- *sostenibilità finanziaria*: gli interventi possono avere dei costi variabili da poche centinaia a diverse centinaia di migliaia di euro, ma la persistenza nel tempo degli obiettivi raggiunti consente di avere un ampio periodo di ammortamento della spesa sostenuta e, a ciò, va aggiunto il fatto che gli interventi di adattamento domestico riducono le esigenze di istituzionalizzazione della disabilità e della non autosufficienza, con una riduzione dei costi complessivi a carico della collettività.

Grafico 5.1 – Analisi SWOT del progetto sperimentale di adattamento domestico

	Punti di forza e opportunità	Punti di debolezza e criticità
Interni al progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Approccio multidisciplinare e integrato - Valutazione bio-psico-sociale - Interventi personalizzati - Riduce l'esigenza di interventi di residenzialità per persone con disabilità o non autosufficienza 	<ul style="list-style-type: none"> - Meccanismo del cofinanziamento da migliorare - Da rafforzare l'integrazione con altri ambiti di policy
Esterni al progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Soluzioni flessibili e adattabili a diverse esigenze 	<ul style="list-style-type: none"> - Mercato non ancora maturo - Scarse competenze professionali tra installatori e artigiani dell'edilizia - Cultura dell'accessibilità ancora relegata all'ambito delle esigenze espresse da persone con disabilità o non autosufficienti

L'allargamento del progetto prevede una chiara individuazione di compiti e funzioni, in modo tale da garantire l'omogeneità di realizzazione dell'intervento in tutta la Toscana.

A tale scopo la Regione emanerà delle Linee guida, che saranno portate a conoscenza dei componenti delle UVM/UVH delle 34 zone attraverso degli incontri formativi che si terranno sui territori. Un importante ruolo verrà altresì svolto dal CRID in ottica di supporto alle zone nell'organizzazione del servizio, mentre viene confermata la partnership con l'Università di Firenze-Florence Accessibility Lab e l'ISTI-CNR.

Con l'Ateneo fiorentino la collaborazione si esplicherà soprattutto nella supervisione complessiva del progetto e nell'individuazione di 8 architetti che faranno parte delle équipe multidisciplinari che lavoreranno su tutto il territorio regionale. Il CNR, invece, fornirà il proprio supporto in merito a consulenze che riguardano le tecnologie assistive.

L'intervento consentirà di effettuare 400 sopralluoghi sul territorio regionale – suddivisi nelle 34 zone sulla base della popolazione residente – ed erogare contributi per 800 mila euro.

Come detto in precedenza, il progetto di adattamento domestico presenta dei punti di forza ed elementi di innovatività emersi già durante la fase di sperimentazione. Per aumentare l'efficacia dell'intervento sarebbe auspicabile una sua maggiore integrazione all'interno di un quadro di *policy* più ampio, volto a modificare la cultura dell'accessibilità in un senso universale, e non più solo come elemento riparativo/compensativo per le esigenze di determinate categorie quali persone con disabilità o non autosufficienti. Sensibilizzare, in questo senso, anche gli attori del mercato privato – costruttori, ordini professionali degli architetti e degli ingegneri, artigiani e installatori – potrà indubbiamente contribuire alla costruzione di un approccio differente e più maturo al tema dell'accessibilità.

Bibliografia

- Bitelli C., Bensi N., Malavasi M., *Valutazione dei costi di adattamento degli ambienti di vita*, Centro Regionale Ausili Bologna, Rivista Abitare Anziani
- Caterino L., Tosi F., Sambo P. (2015), *La disabilità in Toscana. Dal percorso scolastico al "Dopo di noi"*, Osservatorio Sociale Regionale della Toscana, Firenze
- Comitato Paralimpico Italiano, *I disabili e lo sport: una trattazione psicologica*, http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFGV/cultura-sport/sport/allegati/I_DISABILI_E_LO_SPORT_Una_Trattazione_Psicologica.pdf
- Comitato Italiano Paralimpico, *La storia del CIP*, <http://13.69.255.72/admin/UploadAllegati/La%20storia%20del%20CIP.pdf>
- Errepi Comunicazione e Studio Ghiretti (2014), *Gli italiani, lo sport e i valori sociali*, <http://www.osservatoriosocialis.it/wp-content/uploads/2014/12/Gli-italiani-lo-sport-e-i-valori-sociali.pdf>
- Faraoni M. (2016), *Disabilità in Toscana*, in *I Profili della Rete*, Osservatorio Sociale Regionale della Toscana, Firenze
- Gaymu J. (2008), *Con chi vivranno, domani, gli anziani non autosufficienti?*, www.neodemos.it
- lanes D. e Tomasi J. (2015), *Insegnanti di sostegno: verso la separazione della formazione e dei ruoli?*, Idee e documenti dal 10° Convegno Erickson "La Qualità dell'integrazione scolastica e sociale" Rimini, 13-14-15 novembre 2015
- Irpet (2014), *La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza*, reperibile al seguente link http://www.irpet.it/index.php?page=pubblicazione&pubblicazione_id=504
- Istat (2013), *Indagine multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - 2012/13*
- Istat (2014), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013*, <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- Istat (2014a), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2012*, <http://www.istat.it/it/archivio/141572>
- Istat (2014b), *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali. Anno scolastico 2013-2014*, reperibile al seguente link www.istat.it/archivio/143466;
- Istat (2015), *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2014-2015*, reperibile al seguente link <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

- Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute (2011), *Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Consensus Conference, Roma, 6-7 dicembre 2010, documento reperibile al seguente link http://www.snlg-iss.it/cms/files/Cc_Disturbi_Apprendimento_sito.pdf
- Mesini D., Castegnaro C., Orlando N. (2015), *Disabilità e lavoro. Il ruolo del volontariato nell'integrazione lavorativa delle persone disabili*, I Quaderni Cesvot, Firenze
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 16, Nota di aggiornamento, reperibile al seguente link http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2015/NARP16.pdf
- Miur (2013), *Alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento AA.SS. 2010/2011 e 2011/12*, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi, documento reperibile al seguente link http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/5a6a1ca2-9464-4cf6-b709-a62cb91b0deb/alunni_dsa.pdf
- Miur (2015), *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità a.s.2014/2015*, Ufficio Statistica Miur
- Miur (2015b), *Focus. Anticipazione sui principali dati della scuola statale. A.s. 2015-2016*, Ufficio Statistica Miur
- Network Non Autosufficienza (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto, Un futuro da ricostruire*, rapporto consultabile al seguente link http://www.maggioli.it/ma/2015/pdf/V-rapporto-assistenza_anziani.pdf
- Ocse (2005), *Long-term care for older people*, www.oecd.org
- Oms (2005), *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*, www.who.int
- Regione Toscana (2016), *Profilo sociale regionale. Anno 2015. Analisi della situazione sociale in Toscana*, Osservatorio sociale della Regione Toscana
- Regione Toscana (2016b), *Stato di attuazione delle politiche per la disabilità. Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 41 della L. 104/1992, annualità 2009-2015*. Decisione n. 34, del 3 maggio 2016, Allegato A
- Usr Toscana (2015), *Focus Sedi, alunni, classi e dotazioni organiche del personale docente della scuola statale A.S. 2015/2016 per la TOSCANA – avvio anno scolastico*, settembre 2015
- TANGOS - Tavolo Nazionale per la Governance dello Sport (2012), Area Sport e Società, Gruppo di Lavoro Statistiche, *I numeri sulla pratica dello sport, sull'attività fisica e sull'impiantistica sportiva in Italia*
- Tosi F. (2009) (a cura di) *Le famiglie e l'assistenza agli anziani non autosufficienti: il caso empolesse*, Irpet

- Tosi F., Caterino L., Sambo P. (2014), *Il Trasporto sociale in Toscana. Anno 2014*, Osservatorio Sociale Regionale della Toscana, Firenze

Appendice: sport e disabilità, questionario per società, associazioni e gruppi sportivi

DOMANDA DI CONTROLLO

0. La sua organizzazione si occupa, in qualche misura, di attività sportive che coinvolgano anche persone con disabilità?
 Sì
 No

DATI SOCIETA'/ASSOCIAZIONE/GRUPPO SPORTIVO

1. Denominazione: _____
2. Anno di costituzione: _____
3. Forma giuridica:
 Associazione sportiva dilettantistica
 Cooperativa sociale
 Associazione impegnata nel settore della disabilità
 Altro, specificare: _____
4. Indirizzo: _____ n. civico: _____
5. Comune: _____ Provincia: _____
6. Telefono: _____
7. E-mail istituzionale: _____
8. Presidente/ rappresentante legale: _____
9. Referente per attività con disabili: _____

AFFILIAZIONI

10. Tipologia di affiliazione:
 Federazioni Sportive Nazionali (FSN)
specificare _____
Riconosciuta CONI Riconosciuta CIP
 Discipline Sportive Associate (DSA)
specificare _____
Riconosciuta CONI Riconosciuta CIP
 Enti Promozione Sportiva (EPS)
specificare _____
Riconosciuta CONI Riconosciuta CIP
11. Iscrizione al registro delle Associazioni Sportive Dilettantistiche del CONI?
 Sì
 No

12. Affiliazione al Comitato Italiano Paralimpico?

- Sì
- No

ATTIVITA' SPORTIVA PER DISABILI

13. Da quanto tempo la società/associazione/gruppo sportivo svolge attività sportive che coinvolgono anche persone con disabilità?

- da un anno o meno
- da 2 a 5 anni
- da 6 a 10 anni
- da oltre 10 anni

14. Di quali discipline sportive si occupa la società/associazione/gruppo sportivo (indicare solo attività con la partecipazione di persone con disabilità)?

15. Quali sono i destinatari delle attività svolte della società/associazione/gruppo sportivo e indirizzate a persone con disabilità [possibili più risposte]?

- bambini in età prescolare
- bambini delle scuole elementari
- ragazzi delle scuole medie
- giovani (tra 15 e 29 anni)
- adulti (tra i 30 e 64 anni)
- anziani (65 anni o più)

16. Le attività sportive della società/associazione/gruppo sportivo indirizzate a persone con disabilità sono:

- estremamente rare: eventi sporadici, quando capita
- poco frequenti: alcuni eventi l'anno, quando ce lo chiedono o quando abbiamo le risorse
- frequenti ma stagionali: è un'attività strutturata e abituale dell'organizzazione, ma a livello stagionale
- frequenti tutto l'anno: sono un'attività strutturata e abituale dell'organizzazione tutto l'anno

17. Le attività sportive di cui si occupa la società/associazione/gruppo sportivo sono rivolte:

- solo a persone con disabilità

-] anche a persone con disabilità; l'attività sportiva per persone con disabilità si svolge separatamente da quella degli altri tesserati
-] anche a persone con disabilità; le persone con disabilità svolgono l'attività sportiva insieme agli altri tesserati
18. Di che tipo sono le attività sportive che coinvolgono anche persone con disabilità, nella Sua organizzazione? [possibili più risposte]
-] individualizzate
-] in piccoli gruppi
-] in grandi gruppi
19. L'attività sportiva svolta nella società/associazione/gruppo sportivo da persone con disabilità è prevalentemente di carattere...
-] Agonistico
-] Non agonistico
20. Complessivamente, nell'anno 2015 quante persone con disabilità hanno svolto attività sportiva presso la società/associazione/gruppo sportivo?
- n. _____
- di cui maschi: n. _____
- femmine: n. _____
- di cui bambini e ragazzi (0-14 anni) n. _____
- giovani e adulti (15-64 anni) n. _____
- anziani (65 anni e più) n. _____
21. Sempre in riferimento all'anno 2015, indicare il numero di persone con disabilità, suddivisi per tipo di disabilità:
- Motoria n. _____
- Sensoriale n. _____
- Relazionale n. _____
- Intellettiva n. _____
22. Nella società/associazione/gruppo sportivo, che ruolo ha/ hanno il referente/ i referenti per le attività sportive che coinvolgono persone con disabilità (se più referenti, indicare l'inquadramento prevalente)?
-] dipendente dell'organizzazione
-] collaboratore esterno
-] volontario
23. Il referente/ i referenti per le attività sportive che coinvolgono persone con disabilità è una persona...(se più referenti, indicare l'inquadramento prevalente)
-] esperta della pratica sportiva per persone con disabilità e disagio, laureato in scienze motorie o che ha seguito percorsi formativi ad hoc
-] senza una formazione specifica in materiale

IMPIANTI SPORTIVI:

24. In quali impianti la società/associazione/gruppo sportivo svolge l'attività sportiva che coinvolge persone con disabilità?

Nome impianto	_____	Indirizzo_____
Comune_____		
Nome impianto	_____	Indirizzo_____
Comune_____		
Nome impianto	_____	Indirizzo_____
Comune_____		
Nome impianto	_____	Indirizzo_____
Comune_____		
Nome impianto	_____	Indirizzo_____
Comune_____		

DISABILITA' E SPORT

25. Attraverso quali canali la persona con disabilità entra in contatto con la vostra società/associazione/gruppo sportivo? (possibili più risposte)

- Su segnalazione servizi sociosanitari (Asl, etc...)
- Segnalazione cooperative/associazioni che si occupano di disabilità
- Segnalazione medici di medicina di base
- Segnalazione scuole
- Segnalazione Federazioni Sportive, EPS...
- Accesso diretto (internet, passaparola...)
- Altro, specificare _____

26. Nella sua esperienza, quali sono i risultati più importanti che si possono ottenere con l'attività sportiva a favore di una persona con disabilità? (massimo due risposte)

- una maggiore integrazione sociale
- la possibilità di trascorrere il tempo libero in modo diverso dal solito
- un maggiore benessere psico-fisico
- una maggiore percezione di autonomia
- altro (specificare_____)
- non so_____

27. Se le persone con disabilità svolgono l'attività sportiva insieme agli altri tesserati (filtro domanda 18). Ritiene che praticare l'attività sportiva insieme a compagni con disabilità costituisca per gli altri tesserati un'opportunità di accrescimento personale?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

28. Nella sua percezione, in che misura i cittadini conoscono l'insieme delle attività sportiva per le persone con disabilità?
- Molto
 - Abbastanza
 - Poco
 - Per niente
29. Nella sua esperienza, le attività sportive a favore delle persone con disabilità sono limitate da particolari problemi o difficoltà (al di là della condizione di handicap)?
- Sì
 - No
 - Non so
30. Se sì, da quali problemi/difficoltà in particolare (una sola risposta):
- Trasporti
 - Strutture e spazi
 - Barriere architettoniche
 - Risorse economiche
 - Mancanza di informazioni
 - Altro, specificare _____
31. Secondo Lei, nell'insieme, il bilancio delle iniziative sportive a favore delle persone con disabilità, in Toscana è...
- Eccellente
 - Buono
 - Sufficiente
 - Non sufficiente
32. Cosa si potrebbe fare per migliorare/ sviluppare ulteriormente l'attività?
- _____
- _____
- _____
- _____

Nota sugli autori

Massimiliano De Luca (coordinatore gruppo di lavoro), sociologo, ha conseguito il Dottorato di ricerca in Analisi dei conflitti nelle relazioni interpersonali e interculturali. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Undermedia* (Roma, 2013), *Modelli sociali e aspettative: nuove generazioni alla conquista del mondo raccontato dalla televisione* (Roma, 2012) e *Il Paese che non c'è; breve storia di una identità mancata* (Roma, 2012). Lavora per l'Osservatorio Sociale della Regione Toscana e svolge attività di formazione e docenza in ambito universitario.

Luca Caterino (curatore), coordinatore dell'area Ricerca e Valutazione politiche pubbliche presso l'istituto ReteSviluppo S.c., si occupa da anni di temi sociali collaborando, tra gli altri, con Irpet, Invalsi e Regione Toscana. Per l'Osservatorio Sociale Regionale, oltre a curare le due prime edizioni del Rapporto sulla disabilità, si è occupato di povertà alimentare, trasporto sociale, condizione abitativa e violenza di genere, in particolare dei centri per uomini maltrattanti.

Filippo Tosi (curatore), ricercatore e docente di sostegno di scuola secondaria di secondo grado. Ha svolto attività di ricerca su temi economici e sociali collaborando, tra gli altri, con Irpet e Regione Toscana. Per l'Osservatorio Sociale Regionale si è occupato di disabilità, immigrazione e trasporto sociale.

Viviana Cossi, settore Sistemi informativi e tecnologie della conoscenza della Regione Toscana, si è occupata della georeferenziazione dei Centri SportHabile e delle società, associazioni e gruppi sportivi che svolgono attività sportive che coinvolgono anche persone con disabilità. La georeferenziazione è consultabile all'indirizzo:

<http://mappe.regione.toscana.it/tolomeo.html?preset=31325>

Il Rapporto è opera congiunta dei curatori. Pur nell'ambito di un lavoro comune, il capitolo 1 è da attribuire a Filippo Tosi, i capitoli 2 e 3 a Filippo Tosi e Luca Caterino, i capitoli 4 e 5 a Luca Caterino. Massimiliano De Luca ha curato l'Introduzione.

Un ringraziamento per la preziosa collaborazione alle Direzioni ed agli Uffici regionali, il cui contributo è stato essenziale per la realizzazione del presente Rapporto.

