



**Regione Toscana**

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



# Relazione sociale 2007 – 2009

# Relazione sociale 2007 – 2009



**Regione Toscana**

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



## **Relazione sociale 2007 – 2009**

Il volume è realizzato dalla Giunta Regionale – Area di Coordinamento Sociale della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Il coordinamento tecnico scientifico è a cura di Vinicio Ezio Biagi, Giovanna Faenzi, Giovanni Lattarulo, Patrizio Nocentini, Giovanni Pasqualetti.

Il coordinamento redazionale è a cura di Elena Elia, Michele Mezzacappa, Luca Puccetti, Andrea Valzania.

Hanno collaborato, per la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà:

Francesca Balatresi

Sonia Biagi

Sara Cecchini

Stefania Collarini

Stefania Comparini

Ivana Filimberti

Isabella Ponsiglione

Piero Luchetti

Elisabetta Maffei

Claudia Magherini

Stefano Maurri

Anna Maria Nastasi

Francesca Prosperini

Laura Scavetta

Cecilia Trinci

Hanno collaborato inoltre:

Carlo Andorlini – Centro Nazionale per il Volontariato

Andrea Bilotti – Università degli Studi di Siena

Sabrina Breschi, Antonella Schena, Roberto Ricciotti – Centro regionale di documentazione e analisi su infanzia e adolescenza

Paolo Francesconi, Caterina Silvestri - Agenzia Regionale di Sanità

Stefania Lorenzini, Maria Luisa Maitino, Donatella Marinari – Irpet

Mauro Soli – Consulente Regione Toscana

Nicola Solimano - Fondazione Michelucci

# Indice

<b>Presentazione</b>	p. 5
----------------------	------

## **Sezione I**

*Il quadro conoscitivo*

<b>1. La Toscana oggi : processi demografici, mercato del lavoro, benessere economico</b>	
1.1 La crescita delle popolazione, soprattutto straniera	p. 9
1.2 La crescita della popolazione anziana: il “senior boom”	p. 14
1.3 Tante famiglie ma sempre più piccole	p. 18
1.4 L’andamento del mercato del lavoro	p. 20
1.5 Le conseguenze della scarsa crescita economica sul livello di vita familiare	p. 24
<b>2. La Toscana domani: lo scenario futuro attraverso le stime 2030</b>	
2.1 L’evoluzione demografica	p. 26
2.2 Le dinamiche nel mercato del lavoro	p. 29
2.3 Le dinamiche previdenziali	p. 30
2.4 Le dinamiche della non autosufficienza	p. 32
2.5 Come crescerà la domanda e la spesa per i servizi sociali	p. 33

## **Sezione II**

*La programmazione territoriale*

<b>3. Le Società della Salute</b>	
3.1 La fase della sperimentazione	p. 41
3.2 Il processo di costituzione	p. 44
<b>4. La spesa sociale</b>	
4.1 La spesa dei Comuni	p. 49
4.2 Le principali caratteristiche della spesa	p. 51
4.3 La spesa sui territori	p. 52
<b>5. Il Terzo Settore e il volontariato</b>	
5.1 Uno sguardo “altro” rispetto all’economia di mercato	p. 56
5.2 Il valore sociale aggiunto del Terzo Settore toscano	p. 60
5.3 Il volontariato	p. 62
5.4 La promozione sociale	p. 65
5.5 La cooperazione sociale	p. 67

## **Sezione III**

*L'accesso ai servizi, il monitoraggio e la valutazione*

- 6. Gli strumenti per l'accesso e la qualità dei servizi**
- 6.1 L'indicatore di situazione economica equivalente p. 73
- 6.2 Il regolamento sul funzionamento delle strutture p. 74
- 6.3 L'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona p. 76
- 6.4 Le professioni sociali p. 77
  
- 7. Gli strumenti a supporto della programmazione e della valutazione**
- 7.1 Il sistema informativo sociale p. 80  
*Box di approfondimento: il nomenclatore*
- 7.2 La rete degli Osservatori sociali p. 85

## **Sezione IV**

*Le azioni regionali*

- 8. L'integrazione socio-sanitaria**
- 8.1 La non autosufficienza p. 91
- 8.2 L'esperienza del Fondo per la non autosufficienza p. 98  
*Box di approfondimento: il caregiver*
- 8.3 La disabilità p.108
  
- 9. L'immigrazione**
- 9.1 Per una nuova cittadinanza sociale: la legge 29/2009 e le politiche regionali sull'immigrazione p.115
- 9.2 Politiche di accoglienza e di sostegno all'inclusione p.119  
*Box di approfondimento: l'integrometro*
  
- 10. Giovani, minori e famiglie**
- 10.1 Le principali azioni sui giovani p.131
- 10.2 Il servizio civile p.136
- 10.3 Gli interventi sui minori e le famiglie p.140
  
- 11. La legge regionale sulla violenza di genere**
- 11.1 Il quadro generale della legge 59/2007 p.146
- 11.2 Il percorso della rete regionale degli Osservatori sociali p.147
- 11.3 Il monitoraggio del fenomeno p.149

## **Sezione V**

*Verso l'Anno Europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale*

- 12. Programmazione regionale e contrasto all'esclusione sociale**
- 12.1 Dalla povertà all'esclusione sociale p.158
- 12.2 La Toscana nel quadro nazionale p.160
- 12.3 La strategia regionale p.164
- 12.4 Due ambiti di approfondimento: il microcredito e gli interventi sul sistema carcerario p.166

# Presentazione

Nel rappresentare le attività svolte negli ultimi anni nell'ambito delle politiche sociali integrate, la relazione sociale intende evidenziare anche gli elementi di sfondo in cui queste si collocano e la dinamicità che le caratterizza; si tratta quindi di una rendicontazione che non si identifica completamente con la descrizione di quanto è stato fatto, ma che vuole guardare oltre, precludendo così al rapporto fra rendicontazione e futura programmazione.

L'analisi della situazione demografica, occupazionale e sociale della Toscana ha infatti come suo obiettivo principale quello di ricostruire una fotografia delle trasformazioni avvenute fino ad oggi e, soprattutto, di prevederne l'andamento e l'impatto regionale in termini di spesa e intervento sociale. In tal senso, lo scenario futuro sembra caratterizzarsi per il consolidamento di alcuni importanti processi sociali ben visibili già oggi: da una parte, una sostanziale crescita della popolazione anziana e straniera ed un parallelo assottigliamento dimensionale delle famiglie insieme ad una maggiore presenza femminile e maggiormente scolarizzata nel mercato del lavoro; dall'altra, una crescita della disuguaglianza dei redditi correlata ad una minore disponibilità economica delle famiglie e una forte espansione della spesa previdenziale e sociale, soprattutto per la parte che dovrà essere destinata alle cure e all'assistenza delle persone non autosufficienti.

La portata di queste trasformazioni sociali è tale da contenere direttamente un esplicito riferimento ad alcune politiche di welfare per i prossimi anni, all'interno del quadro strategico impostato dal Piano di intervento sociale regionale (PISR) 2007/2010. Il fondo per le politiche sociali rappresenta infatti, sul piano delle risorse regionali, il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo su tutto il territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali integrati ed il suo obiettivo principale è quello di sviluppare e qualificare il sistema di welfare toscano, in particolare per quanto riguarda l'efficacia degli interventi alla persona e l'equilibrio territoriale dell'offerta.

L'obiettivo principale del PISR 2007-2010 è stato quello di strutturare su tutto il territorio regionale un "sistema di garanzie" in termini non solo di spesa pro-capite ma anche di facilitazione e razionalizzazione dell'accesso ai servizi, di valutazione del bisogno e di percorsi personalizzati di assistenza. Questo obiettivo risulta senz'altro raggiunto: si pensi ai 199 punti informativi (Punti Insieme) presenti ad oggi sul territorio, alla organizzazione distrettuale dei Punti Unici di Accesso (PUA), ai processi di valutazione del bisogno posti in essere e alla conseguente individuazione dei percorsi assistenziali personalizzati quale metodo generalizzato per la presa in carico, nonché ad una spesa pro-capite maggiormente equilibrata fra le varie zone della Toscana.

Con la seconda e la terza sezione della relazione si entra nel merito della programmazione territoriale e della sua valutazione. Si affrontano infatti i percorsi più impegnativi che hanno visto la Regione protagonista nel corso degli ultimi anni: dal processo di sperimentazione e costituzione delle Società della Salute, che rappresenta la vera e propria sfida della prossima legislatura, alla spesa sociale sostenuta, dagli strumenti messi in campo a supporto della programmazione a quelli per l'accesso e la qualità dei servizi.

In questo senso, uno degli aspetti più importanti su cui si è concentrato lo sforzo regionale è stato quello relativo all'attuazione del regolamento dei requisiti delle

strutture residenziali e semiresidenziali e al varo della normativa sull'Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

La quarta sezione, invece, è dedicata all'approfondimento delle principali azioni regionali, dove spiccano i temi dell'integrazione socio-sanitaria, una sfida che la Regione Toscana ha intrapreso da tempo e che proseguirà per gli anni futuri, e dell'immigrazione, affrontata in una prospettiva che parla di cittadinanza sociale, inclusione, sostegno ed esperienze innovative. Nel primo caso, con la Legge n. 66/08 ("Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza") la Regione ha finalizzato la propria azione alla costruzione di un sistema territoriale in grado di garantire al cittadino un percorso personalizzato ed il diritto a prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali e residenziali), garantendo un impegno pubblico attraverso un sistema di prestazioni e interventi in grado di rispondere ai differenti bisogni delle persone e delle famiglie che vivono tali problematiche. Nel secondo, attraverso l'approvazione della legge regionale 29/09, ha cercato di proporre una serie di misure finalizzate ad una concreta integrazione degli immigrati sul territorio regionale.

Ma non sono certamente di minore importanza le progettualità attivate a favore dei minori e delle famiglie, mediante interventi pensati per loro sia in termini di prevenzione che di investimento sul futuro, così come le azioni specifiche dedicate al contrasto della violenza di genere. Particolare attenzione è stata dedicata alle politiche per i giovani attraverso progetti di promozione e attivazione del protagonismo giovanile anche rispetto alla predisposizione di specifici programmi di intervento.

Infine, cogliendo l'occasione del prossimo anno europeo di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, la quinta sezione è stata interamente dedicata a questi temi, che si intrecciano assai strettamente con gli aspetti trattati all'interno della relazione stessa, essendo il rischio di povertà implicato in maniera trasversale in tutte le politiche sociali. Su questo tema, accanto alle specifiche azioni messe in campo sul proprio territorio, l'impegno della Regione si esercita su più livelli, da quello comunitario, dove svolge un ruolo di promozione alle azioni di contrasto ai fenomeni di esclusione sociale, a quello nazionale, dove partecipa alle attività della Conferenza Stato-Regioni e alla redazione del Piano di Azione Nazionale sull'inclusione sociale.

Giovanna Faenzi

*Dirigente responsabile*

*Area di coordinamento politiche sociali integrate*

**Sezione I**  
*Il quadro conoscitivo*



# Capitolo 1 – La Toscana oggi: processi demografici, mercato del lavoro, benessere economico

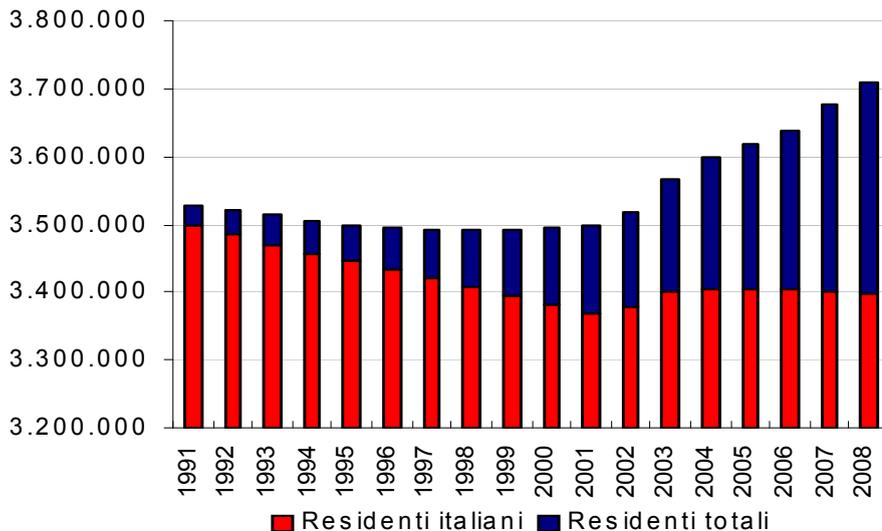
Negli ultimi anni la Toscana è stata interessata dalla compresenza di processi sociali ed economici di lungo corso e aspetti legati agli sviluppi contingenti della crisi globale<sup>1</sup>. Da una parte sono visibili infatti fenomeni sociali quali l'invecchiamento della popolazione e la crescita dei flussi migratori mentre, dall'altra, si registra un aumento dell'occupazione (dovuto per lo più alla diffusione di contratti atipici) con una parallela diminuzione dei redditi familiari e dei consumi. Il dato certo è il filo rosso del capitolo che presentiamo, ovvero il fatto che processi demografici, andamento del mercato del lavoro, dinamiche sui redditi si incrociano assai strettamente tra di loro risultando essenziali ai fini di una corretta comprensione della situazione sociale nella nostra regione.

## 1.1 La crescita della popolazione, soprattutto straniera

La popolazione residente in Toscana, dopo un lungo periodo di decrescita registrato a partire dai primi anni Ottanta (-2,3% tra il 1980 e il 2000), evidenzia un consistente aumento nel corso degli anni Duemila (+6,1% tra il 2000 e il 2008) raggiungendo il valore di circa 3.708mila residenti.

**Figura 1.1**

*Popolazione residente in Toscana. Anni 1991-2008*



Fonte: Istat

<sup>1</sup> Nei capitoli 1 e 2 si fa riferimento ai dati prodotti in: Irpet, *La Toscana fra cambiamenti demografici, mercato del lavoro e welfare*, novembre 2009

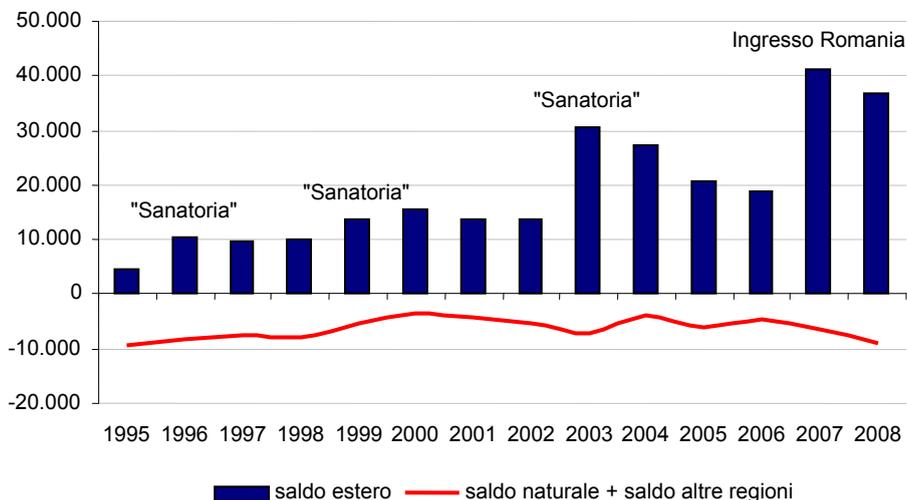
Questo risultato è dovuto interamente alla componente straniera (Figura 1.2) che, in seguito alla regolarizzazione del 2002 e successivamente all'entrata nell'Unione Europea della Romania il 1° gennaio 2007 (i rumeni sono attualmente la nazionalità più rappresentata in Toscana e sono passati da 24mila a fine 2005 a 64mila a fine 2008), è emersa con forza sul complesso dei residenti.

I residenti di nazionalità italiana, infatti, hanno perso tra il 1991 e il 2008 circa 101mila unità (-2,9%), mentre quelli di altre nazionalità sono cresciuti di circa 282mila unità (erano 28mila al censimento 1991 e 108mila a quello 2001) arrivando a circa 310mila residenti alla fine del 2008. Quello registrato nel 2003 è il primo incremento nel numero dei residenti nella nostra regione dopo più di vent'anni.

In Toscana il numero di morti supera quello delle nascite dal 1977 e la popolazione residente è diminuita in modo costante dal 1980 al 2002. Anche gli ingressi dalle altre regioni non bastano più a compensare il divario nascite-morti; tra il 1995 e il 2008 il saldo (immigrati-emigrati) della Toscana con il resto dell'Italia è stato in media di 8mila unità l'anno, a fronte di un valore medio del saldo naturale pari a 12mila. Senza gli ingressi dall'estero si sarebbe quindi registrata una perdita di 4mila residenti all'anno (Figura 1.2).

**Figura 1.2**

*Saldo migratorio della Toscana con l'estero e somma dei saldi naturale e migratorio con le altre regioni. Anni 1995-2008*



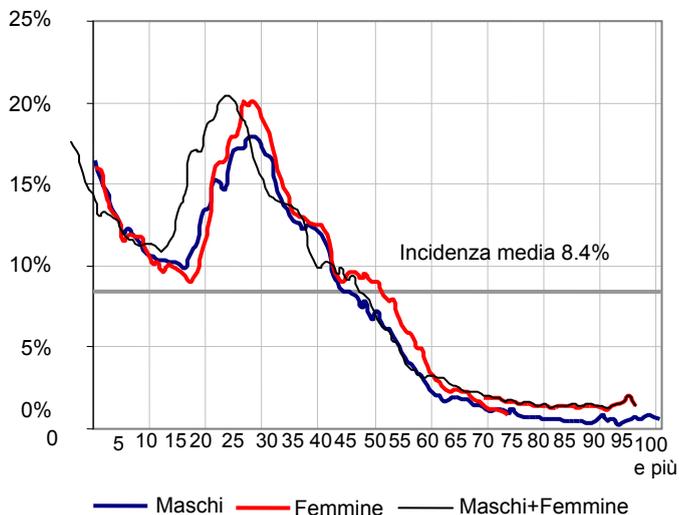
Fonte: Istat

Dal 2003 al 2008 il saldo migratorio con l'estero della nostra regione è stato in media pari a 29mila ingressi netti l'anno. I cittadini stranieri rappresentano, a inizio 2009, l'8,4% della popolazione ma vi sono forti differenze nelle diverse fasce di età: tra i 25 e i 29 anni l'incidenza è circa il 19% e tra i bambini tra 0 e 4 anni il 14% (Figura 1.3).

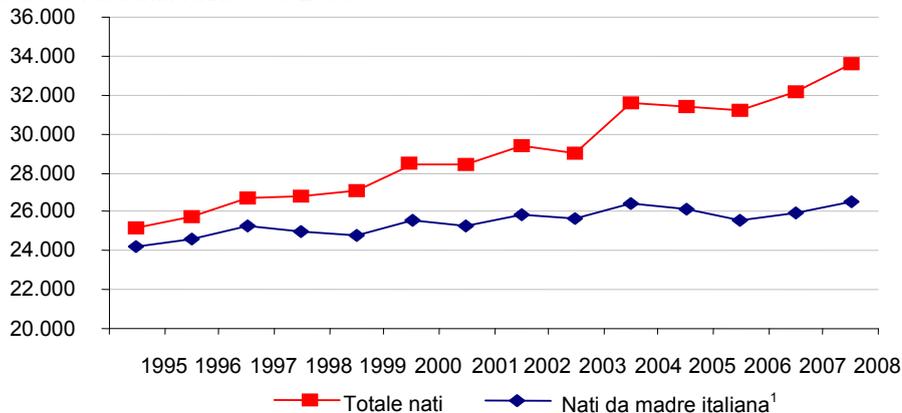
**Figura 1.3***Peso percentuale degli stranieri residenti per classe di età. Gennaio 2009*

Incidenza %	
0-4	14,4%
5-9	11,6%
10-14	10,2%
15-19	10,5%
20-24	15,4%
25-29	18,5%
30-34	15,7%
35-39	12,7%
40-44	10,2%
45-49	8,6%
50-54	7,0%
55-59	4,3%
60-64	2,3%
65-69	1,7%
70-74	1,1%
75-79	0,7%
80-84	0,5%
85-89	0,4%
90+	0,4%
<b>Totale</b>	<b>8,4%</b>

Fonte: Istat



La consistente presenza di immigrati ha contribuito a migliorare il saldo naturale della regione. Negli ultimi 10 anni il numero di bambini tra 0 e 14 anni è aumentato nella nostra regione di 64mila unità (+16%) e il numero delle nascite di quasi 7mila (+25%). In un quadro di bassissima fecondità l'apporto delle donne immigrate è stato molto rilevante. Il numero di nati da donne straniere è infatti in costante aumento.

**Figura 1.4***Nati in Toscana. Anni 1995-2008*

<sup>1</sup> I nati da madre italiana per l'anno 2008 sono una stima

Fonte: Istat e stime Irpet

Se nel 1995 i nati da madre straniera, non necessariamente bambini di nazionalità straniera, rappresentavano il 3,9% delle nascite nella regione, nel 2007 raggiungono il 19,4% e si stima al 21% la loro incidenza nel 2008.

**Tabella 1.1**

*Nati da madre straniera per provincia. Anno 2007*

	Numero	Peso su totale nati
Massa-Carrara	167	10,6%
Lucca	419	12,6%
Pistoia	496	19,9%
Firenze	1.965	22,8%
Prato	881	33,9%
Livorno	361	13,0%
Pisa	585	15,7%
Arezzo	622	20,7%
Siena	466	19,8%
Grosseto	283	16,3%
<b>Toscana</b>	<b>6.245</b>	<b>19,4%</b>

Fonte: Istat, *Iscritti in anagrafe per nascita*

Questo valore medio nasconde accentuate differenze territoriali passando dal 34% della provincia di Prato, al 23% di Firenze, al 20% di Arezzo e Siena al 10% di Massa-Carrara. Nel prossimo futuro, quindi, nella classe di età tra 0 e 14 anni ci sarà almeno un bambino ogni cinque nato da madre straniera.

Le donne straniere hanno mostrato una tendenza ad avere figli quasi doppia rispetto alle italiane. L'Istat stima per l'anno 2007 un tasso di fecondità delle donne straniere in Toscana di 2,26 figli contro l'1,18 delle donne italiane.

**Tabella 1.2**

*Tassi di fecondità delle donne di nazionalità straniera e italiana per provincia. Anno 2007*

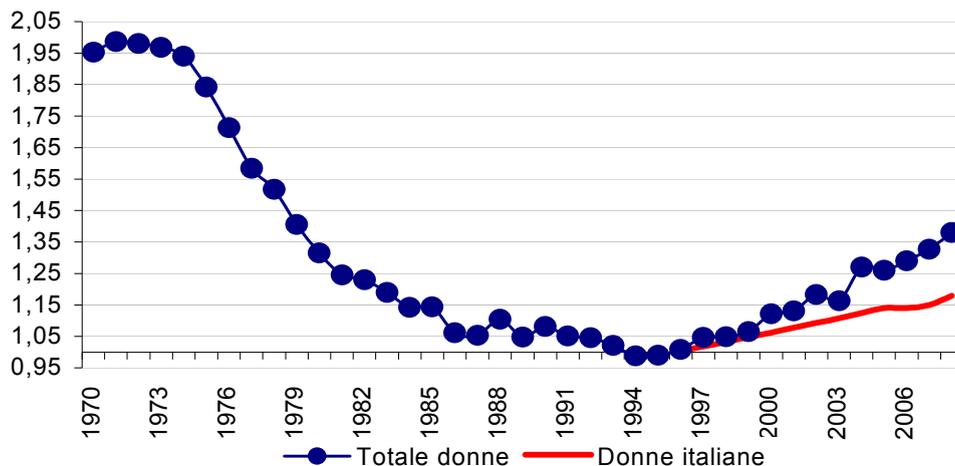
	Donne straniere		Donne italiane		Totale donne residenti	
	Tasso fecondità	Età media al parto	Tasso fecondità	Età media al parto	Tasso fecondità	Età media al parto
Massa-Carrara	1,83	27,3	1,19	31,3	1,24	30,9
Lucca	2,04	27,8	1,22	32,0	1,29	31,4
Pistoia	2,06	27,2	1,15	32,1	1,29	31,0
Firenze	2,28	27,9	1,14	32,9	1,32	31,6
Prato	3,12	27,3	1,13	33,1	1,52	30,9
Livorno	2,21	27,3	1,20	32,0	1,29	31,4
Pisa	2,32	27,8	1,21	32,6	1,34	31,7
Arezzo	2,00	27,5	1,19	32,2	1,32	31,2
Siena	2,18	27,8	1,25	32,2	1,39	31,2
Grosseto	2,09	26,9	1,15	31,6	1,26	30,8
<b>Toscana</b>	<b>2,26</b>	<b>27,6</b>	<b>1,18</b>	<b>32,3</b>	<b>1,33</b>	<b>31,3</b>

Fonte: Istat, *Iscritti in anagrafe per nascita*

Anche a livello territoriale si osservano forti differenze, che vanno dal 3,12 registrato dalla provincia di Prato all'1,83 di quella di Massa-Carrara, e si nota come per le italiane i livelli più bassi - inferiori al già basso valore medio regionale - si evidenziano nell'area metropolitana centrale Firenze, Prato, Pistoia e nella provincia di Grosseto. L'aumento medio del tasso di fecondità realizzatosi tra il 1995, anno in cui si è raggiunto il minimo storico di 1 figlio per donna, e il 2008 con 1,38 è quindi per metà dovuto al contributo delle immigrate.

**Figura 1.5**

*Tasso di fecondità in Toscana. Anni 1970-2008<sup>1</sup>*



<sup>1</sup> Il tasso 1996-2003 e 2008 delle donne italiane è una stima, dal 2004 al 2007 Istat  
Fonte: Istat, *Tavole di fecondità 1952-2004*, *Iscritti in anagrafe per nascita* e stime Irpet

In questo quadro demografico generale, caratterizzato come abbiamo visto soprattutto dall'andamento della variabile migratoria, appare interessante rilevare anche la situazione specifica della presenza straniera nella regione. Integrando i più recenti dati Istat sulle presenze regolarmente iscritte in anagrafe con le risultanze dell'indagine nazionale campionaria coordinata dalla Fondazione Ismu<sup>2</sup>, la consistenza numerica della popolazione straniera proveniente dai cosiddetti "Paesi a forte pressione migratoria" in Toscana risulta di quasi 350mila unità al 1° gennaio 2009, il 9,4% degli abitanti della regione. Si tratta di un valore pari al 7,5% dei 4,6 milioni di stranieri complessivamente immigrati in Italia.

Al 1° gennaio 2009 sono poi presenti in regione ulteriori 29mila persone in possesso di un valido titolo di soggiorno in Italia ma non iscritte - o non ancora iscritte - in anagrafe e 31mila unità irregolari rispetto all'attuale normativa sulla permanenza all'interno del territorio italiano. La quota di irregolari in regione è così pari al 9% della presenza immigrata complessiva, in linea con l'incidenza di irregolari sul totale di stranieri presenti mediamente registrata in Italia alla

<sup>2</sup> Cesareo V., Blangiardo G. (a cura di), 2009, *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*, Franco Angeli, Milano; poi ripresi anche dall'approfondimento toscano di questa ricerca: Berti F., Valzania A., (a cura di), 2010, *Le nuove frontiere dell'integrazione. Gli immigrati stranieri in Toscana*, Franco Angeli, Milano.

medesima data; in Toscana è invece particolarmente bassa la proporzione di immigrati in condizioni di “semi-stabilità”, ovvero regolari non residenti, pari all’8,4% a fronte di una parallela incidenza media del 10,8% a livello nazionale.

**Tabella 1.3**

*Stima della popolazione straniera proveniente da paesi a forte pressione migratoria e presente in Toscana e in Italia al 01/01/09, per statuto giuridico-amministrativo*

	Toscana		Italia	
	Migliaia di unità	Valori percentuali	Migliaia di unità	Valori percentuali
Totale presenti, di cui:	347	100,0	4.604	100,0
Residenti	287	82,6	3.689	80,1
regolari non residenti	29	8,4	495	10,8
Irregolari	31	9,0	418	9,1

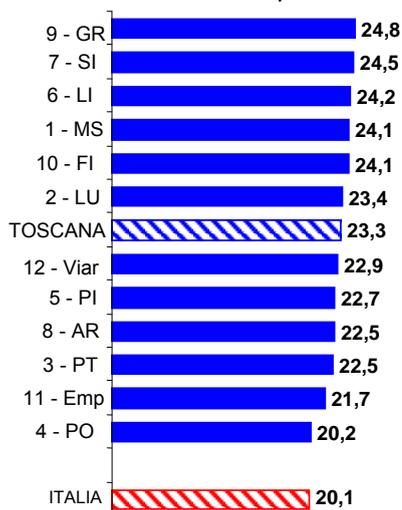
Fonte: Ismu

## 1.2 La crescita della popolazione anziana: il “senior boom”

Secondo i dati Istat al 1° gennaio 2009 erano residenti in Toscana 862.680 persone ultra65enni, in prevalenza (58%) donne. Queste persone rappresentano dal 20,2% al 24,8% della popolazione residente nelle 12 Aziende USL della Toscana, per un indice di invecchiamento medio regionale (percentuale di ultra65enni sul totale della popolazione residente in Toscana) del 23,3%, significativamente più alto del dato nazionale (20,1%) (Figura 1.6). La Toscana si conferma quindi come una regione ad alto invecchiamento, a livello nazionale seconda soltanto alla Liguria.

**Figura 1.6**

*Indice di invecchiamento percentuale per AUSL di residenza. Toscana, Italia. Anno 2008*



Fonte: ARS su dati Istat

I bassi tassi di fecondità e la crescita della speranza di vita hanno contribuito a sbilanciare la struttura demografica della regione sempre più verso le classi di età anziane; infatti, l'unica componente in costante crescita (pari a circa 10mila unità l'anno dal 1991 al 2008) è rappresentata dai residenti con 65 anni e più, tanto che si può parlare di un vero e proprio "senior boom".

**Tabella 1.4**

*Differenze 2008-1991 per classi di età. Popolazione italiana e totale*

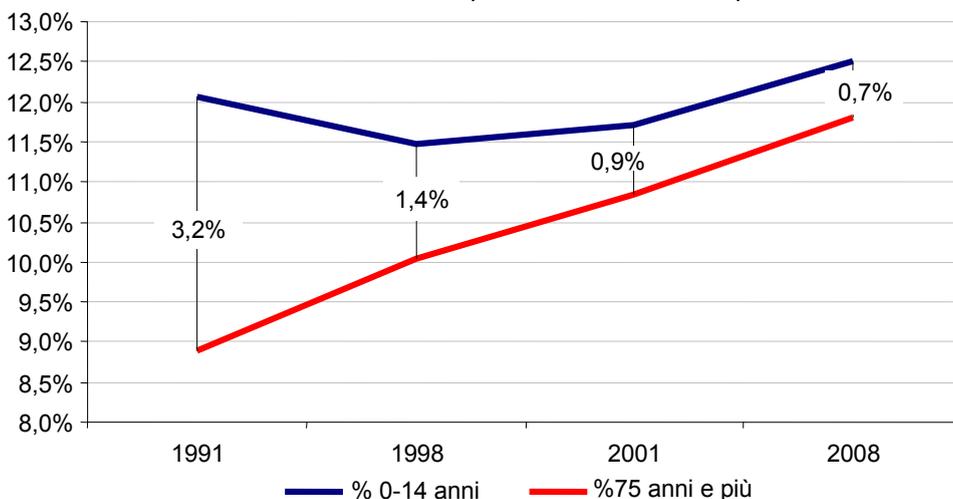
	Italiani	Totale
0-14	-17,450	38,872
15-34	-334,398	-215,340
35-49	77,769	170,569
50-64	-15,408	17,652
<b>Popolazione in età lavorativa</b>	<b>-272,037</b>	<b>-27,119</b>
65+	160,816	169,227
<b>Totale</b>	<b>-128,671</b>	<b>180,980</b>

Fonte: Istat

Anche in questo caso si osserva come l'immigrazione dall'estero abbia "ringiovanito" la Toscana. I residenti italiani in età lavorativa (15-64 anni) sono diminuiti nel periodo di 272mila unità mentre nel complesso, compresi quindi gli stranieri, la perdita rispetto al 1991 è ridotta a -27mila. Le persone con 75 anni e più sono l'11,8% del totale, valore che quasi corrisponde al peso dei bambini tra 0 e 14 anni (12,5%).

**Figura 1.7**

*Residenti tra 0 e 14 anni di età e di 75 anni e più e differenza tra i due pesi. Anni 1991-2008*



Fonte: Istat

A livello territoriale le province di Massa-Carrara, Livorno, Siena e in particolare Grosseto vedono il numero di bambini fino a 14 anni superato dalle persone con 75 anni e più mentre quella di Prato vede il maggior divario a favore dei bambini (Tabella 1.5). In ogni caso, considerando il dato relativo ai soli residenti italiani, gli anziani superano i bambini pressoché ovunque.

**Tabella 1.5***Peso delle classi di età 0-14 anni e 75 anni e più per nazionalità e provincia. 01/01/09*

	Italiani		Stranieri		Totale		Peso	Peso
	%0-14	%75+	%0-14	%75+	%0-14	%75+	Stranieri	Stranieri 0-14
Arezzo	12,0%	12,8%	18,6%	0,7%	12,7%	11,6%	9,5%	14,0%
Firenze	12,2%	13,3%	18,6%	0,6%	12,8%	12,1%	9,6%	13,8%
Grosseto	10,9%	14,7%	14,5%	0,8%	11,2%	13,6%	7,5%	9,7%
Livorno	11,6%	12,8%	14,3%	1,2%	11,8%	12,2%	5,8%	7,0%
Lucca	12,1%	12,2%	17,5%	1,1%	12,4%	11,5%	6,2%	8,7%
Massa Carrara	11,3%	13,0%	15,2%	0,9%	11,5%	12,3%	5,8%	7,6%
Pisa	12,3%	11,9%	17,7%	0,7%	12,7%	11,1%	7,4%	10,4%
Pistoia	12,1%	12,2%	18,5%	0,8%	12,7%	11,2%	8,4%	12,3%
Prato	12,5%	10,3%	23,8%	0,4%	13,8%	9,2%	11,9%	20,5%
Siena	11,7%	14,5%	17,7%	0,7%	12,3%	13,2%	9,5%	13,7%
<b>Toscana</b>	<b>12,0%</b>	<b>12,8%</b>	<b>18,2%</b>	<b>0,8%</b>	<b>12,5%</b>	<b>11,8%</b>	<b>8,4%</b>	<b>12,2%</b>

Fonte: Istat

**Tabella 1.6***Indice di vecchiaia per nazionalità e provincia. 01/01/09*

	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri
Arezzo	204,7%	13,3%	177,9%	9,5%
Firenze	212,6%	12,4%	184,9%	9,6%
Grosseto	250,2%	26,1%	228,4%	7,5%
Livorno	218,6%	29,2%	205,3%	5,8%
Lucca	202,2%	19,4%	186,3%	6,2%
Massa Carrara	225,5%	20,1%	209,9%	5,8%
Pisa	195,1%	16,0%	176,5%	7,4%
Pistoia	200,6%	15,0%	177,8%	8,4%
Prato	174,3%	7,1%	140,0%	11,9%
Siena	229,5%	16,3%	200,3%	9,5%
<b>Toscana</b>	<b>209,8%</b>	<b>14,9%</b>	<b>186,1%</b>	<b>8,4%</b>

Fonte: Istat

Un dato di estrema importanza nell'analisi del processo di invecchiamento è quello relativo alle aspettative di vita. Come è possibile notare dalla tabella sottostante, la speranza di vita alla nascita è cresciuta tra il 1991 e il 2008 di 4,6 anni per gli uomini e di 3,2 anni per le donne (Tabella 1.7).

**Tabella 1.7***Speranza di vita alla nascita in Toscana per genere – valori medi*

	Maschi	Femmine
1991	74,7	81,1
2008	79,3	84,3

Fonte: Istat

Questo è stato determinato in particolare dall'aumento della sopravvivenza nelle età più anziane (Tabella 1.8).

**Tabella 1.8**

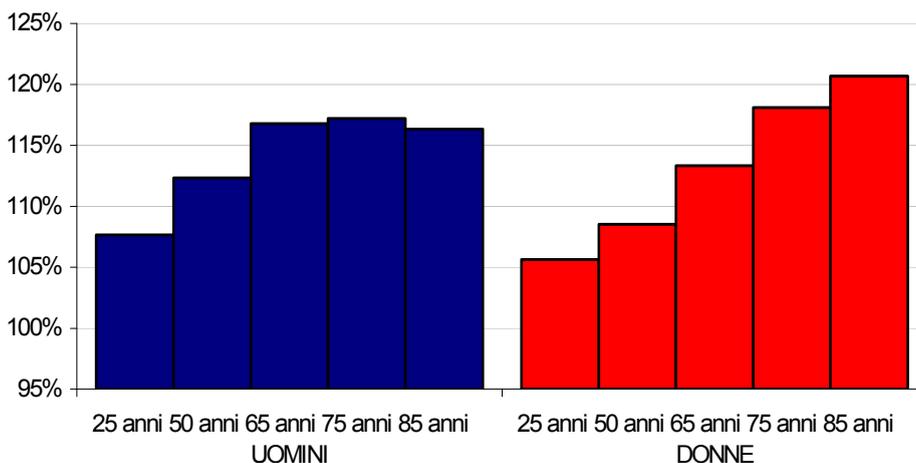
*Speranza di vita alla nascita e ad alcune età in Toscana per genere. Anni 1991-2006 – valori assoluti e percentuali*

	Uomini			Donne		
	1991	2006	Rapporto 2006/1991	1991	2006	Rapporto 2006/1991
Alla nascita	74,7	79,2	106%	81,1	84,6	104%
25 anni	51,0	54,9	108%	56,9	60,1	106%
50 anni	27,6	31,0	112%	32,9	35,7	109%
65 anni	15,5	18,1	117%	19,5	22,1	113%
75 anni	9,3	10,9	117%	11,6	13,7	118%
85 anni	4,9	5,7	116%	5,8	7,0	121%

Fonte: Istat

**Figura 1.8**

*Speranza di vita ad alcune età in Toscana per genere. Rapporto tra valori 2006 e 1991*



Fonte: Irpet

**Tabella 1.9**

*Speranza di vita alla nascita per genere e provincia. Anno 2006 – valori medi*

Uomini		Donne	
Pistoia	79,9	Prato	85,4
Firenze	79,8	Firenze	85,1
Prato	79,6	Pistoia	85,0
Pisa	79,6	Siena	84,9
Livorno	79,3	Arezzo	84,8
Siena	79,2	<b>Toscana</b>	<b>84,6</b>
Arezzo	79,2	Pisa	84,4
<b>Toscana</b>	<b>79,2</b>	Livorno	84,3
Grosseto	78,5	Massa Carrara	84,1
Lucca	78,2	Lucca	83,9
Massa Carrara	77,8	Grosseto	83,4

Fonte: Istat

All'interno della regione i valori più lontani dalla media si hanno nelle province di Massa-Carrara, Grosseto e Lucca (Tabella 1.9).

Per i prossimi anni, possiamo prevedere un aumento degli ultra65enni, dovuto anche al fatto che nel 2010 i primi *baby boomer* (nati tra la metà degli anni Quaranta e la metà degli anni Sessanta) compiranno il 65esimo anno di età, ma soprattutto degli ultra85enni che, grazie all'aumentata sopravvivenza dei nati durante gli anni successivi alla prima guerra mondiale, passeranno dagli attuali 122.587 ai circa 150mila previsti per il 2013, con un aumento del 24,3%.

### 1.3 Tante famiglie ma sempre più piccole

Accanto al dato demografico, un altro importante indicatore per comprendere come una realtà sociale si stia trasformando è quello relativo alla composizione e all'evoluzione delle famiglie. Le trasformazioni delle famiglie si inseriscono infatti nell'ambito dei grandi mutamenti che, dalla seconda metà degli anni Settanta in poi, hanno investito la struttura sociale toscana in tutte le sue dimensioni: la riduzione della natalità, l'elevarsi dell'età matrimoniale, il prolungamento della presenza dei giovani nella famiglia di origine, l'aumento del numero di anziani soli. Queste modifiche sono da attribuire ad una serie complessa di motivi, tra i quali fenomeni demografici di lungo periodo - come l'allungamento della vita media e il decremento delle nascite - specifiche decisioni legislative, quali ad esempio quelle relative al divorzio e, soprattutto, il differente ruolo ricoperto dalla donna nella società e nella famiglia. In questo senso, uno dei fattori che ha maggiormente inciso nelle trasformazioni familiari è stato quello relativo alla maggiore partecipazione femminile nel mercato del lavoro, che ha reso di fatto superato il modello familiare sul quale si era sviluppata l'organizzazione sociale fino a tutti gli anni Ottanta. Questo profondo cambiamento, insieme all'aumento dei divorzi, alle differenti opzioni di convivenza a disposizione delle giovani generazioni e alla crisi dell'istituto matrimoniale, ha generato complessi processi sociali che hanno portato ad una crescita delle cosiddette famiglie monogenitoriali, ovvero composte da un solo genitore con figlio o figlia a carico.

In questo quadro, nonostante la crisi, la famiglia tradizionale non ha visto la sua scomparsa come istituzione; al contrario, sembra avere riconquistato una nuova centralità nello scenario globale, divenuto sempre più complesso, incerto e instabile. Infatti, se la famiglia tradizionale era per lo più una unità economica (così come lo era il matrimonio) e la disuguaglianza di genere rimaneva un fattore implicito alla sua sopravvivenza, la famiglia moderna sembra fondare la sua scommessa sulla parità sessuale e sul riconoscimento della pari dignità di una pluralità di forme di convivenza alternative<sup>3</sup>.

La nuova centralità familiare è dovuta pertanto alla maggiore libertà che essa oggi sembra esprimere sia direttamente (da un punto di vista comportamentale) che, soprattutto, indirettamente (garantendo sicurezza e senso di protezione a giovani che ne sono socialmente orfani). La gioventù si allunga temporalmente arrivando

---

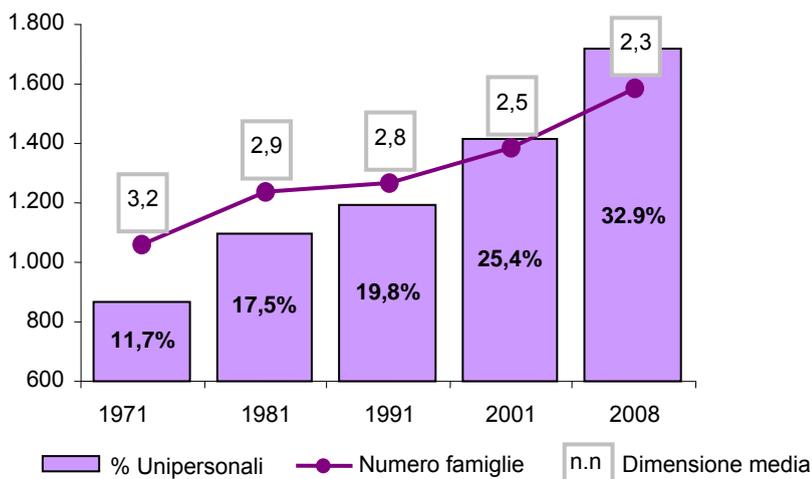
<sup>3</sup> Giddens A., *Il mondo che cambia: come la globalizzazione ridisegna la nostra vita*, Il Mulino, Bologna, 2000

intorno ai 35 anni, si allungano i tempi di inserimento lavorativo e sociale, e così si ritarda anche il momento di cesura con la famiglia di origine.

Da un punto di vista quantitativo, negli ultimi anni la trasformazione strutturale più importante è stata, anche in Toscana, il costante aumento del numero complessivo di famiglie con una parallela progressiva riduzione del numero medio di componenti.

**Figura 1.9**

*Numero di famiglie in Toscana. Anni 1971-2008*



Fonte: Istat *Censimenti 1971-2001, Indagine continua forze di lavoro 2008*

Queste trasformazioni, che hanno conosciuto una notevole accelerazione negli anni Novanta, hanno prodotto una situazione generale in Toscana che vede il numero complessivo di famiglie aumentare di 195mila unità (+15%) dal 2001 al 2008, con una differenza costituita per lo più da persone che vivono sole (+168mila unità) e, in particolare, da anziani soli (+84mila unità).

**Tabella 1.10**

*Evoluzione delle famiglie per tipologia. Anni 1971-2008*

	Valori assoluti					Composizione %				
	1971	1981	1991	2001	2008	1971	1981	1991	2001	2008
Numero di Famiglie	1.056.490	1.234.928	1.265.971	1.388.260	1.582.908	100%	100%	100%	100%	100%
Numero di Famiglie unipersonali	123.744	215.599	250.950	352.347	520.138	11,7%	17,5%	19,8%	25,4%	32,9%
di cui persone con meno di 45 anni	16.208	37.700	55.733	89.133	127.149	1,5%	3,1%	4,4%	6,4%	8,0%
di cui persone da 45 a 64 anni	43.489	57.404	55.474	74.453	120.425	4,1%	4,6%	4,4%	5,4%	7,6%

di cui										
persone con										
65 anni e più	64.021	120.491	139.743	188.761	272.564	6,1%	9,8%	11,0%	13,6%	17,2%

2001-2008		
	Var assoluta	Var %
Numero di Famiglie	194.648	+15,4%
Numero di Famiglie unipersonali	167.791	+66,9%
di cui persone con meno di 45 anni	38.016	+68,2%
di cui persone da 45 a 64 anni	45.972	+82,9%
di cui persone con 65 anni e più	83.803	+60,0%

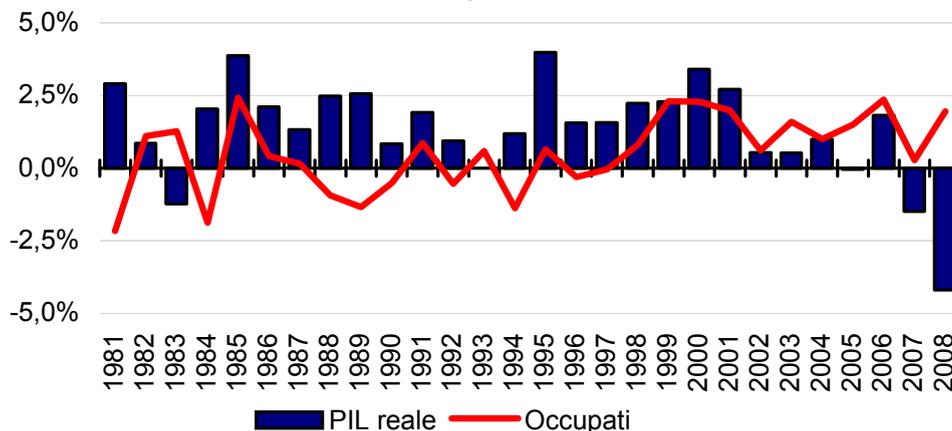
Fonte: Istat, *Censimento popolazione 1971-2001 e Indagine continua Forze di Lavoro Aprile 2009*

## 1.4 L'andamento del mercato del lavoro

Come sappiamo, l'andamento dell'occupazione ha vissuto in Toscana una lunga fase di crescita, incominciata negli anni Novanta con le politiche di flessibilizzazione del mercato del lavoro e di moderazione salariale ma sempre supportata e accompagnata da una parallela crescita del prodotto interno lordo. In seguito al drastico rallentamento dell'economia verificatosi a partire dal 2002 e con il passare degli anni protrattosi in maniera sempre più vistosa, questo processo parallelo di crescita si è interrotto, evidenziando il sorpasso del tasso di variazione dell'occupazione su quello del PIL.

**Figura 1.10**

*Tassi di variazione percentuale del PIL e degli occupati*



Fonte: Elaborazioni Irpet

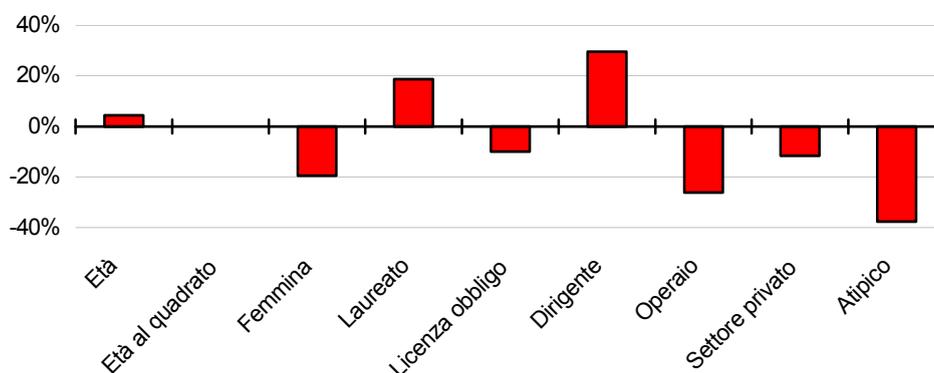
Il dato di fondo, confermato dall'analisi degli ultimi due anni, è che l'economia toscana presenta problemi strutturali resi ancora più critici dalla recente crisi economica globale.

La vistosa decelerazione economica, infatti, si è accompagnata ad una crescita di lavoratori temporanei o atipici. Questi processi economici, segnati da una forte incertezza diffusa sia in termini lavorativi che pensionistici, insieme ai processi demografici evidenziati nei paragrafi precedenti, hanno avuto un impatto sociale molto forte sui redditi e sui livelli di benessere complessivi delle famiglie.

A farne maggiormente le spese sembrano essere, come mostra la figura sottostante, principalmente le donne, i lavoratori scarsamente istruiti, i lavoratori con qualifica operaia e con contratto atipico.

**Figura 1.11**

*Rendimento salariale orario differenziale per caratteristiche del lavoratore*



Fonte: Elaborazioni Irpet

Il mercato del lavoro regionale sembra essere interessato quindi da una fase di maggiore flessibilit  contrattuale che maschera, per certi versi, il dato complessivo sull'occupazione.

Le stime future prospettano tra l'altro un aumento della disoccupazione e della cassa integrazione, con l'aggravante che solo una quota minore di lavoratori   coperta dagli ammortizzatori sociali<sup>4</sup>.

In questo quadro generale, si segnalano alcune importanti differenze che interessano i soggetti tradizionali del mercato del lavoro: una maggiore partecipazione delle donne; un livello medio di istruzione pi  elevato (un dato che per  deve essere relativizzato sulle criticit  evidenziate da altri studi)<sup>5</sup>; l'innalzamento dell'et  media di coloro che fanno parte attiva del mercato del lavoro.

<sup>4</sup> Irpet, *Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana 2009*.

<sup>5</sup> Gi  i vari rapporti Iard e Censis hanno evidenziato negli anni il "paradosso italiano" per cui non vi   corrispondenza diretta tra il livello di istruzione e la collocazione lavorativa; gli atipici scolarizzati, soprattutto, tendono a ritardare l'ingresso nel mercato del lavoro nella speranza di trovare una soluzione che si confa maggiormente al proprio percorso di studio (Giovani, F. (a cura di) *Il lavoro flessibile: opportunit  o vincolo?*, Milano, Franco Angeli, 2005); un'ulteriore causa di questo difficile incontro tra domanda giovanile con alti livelli di istruzione e offerta risiede nella specificit  del sistema di piccola impresa toscano: Irpet, *Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana 2009*.

**Tabella 1.11***La composizione della popolazione occupata*

	1980	2008
Donne	31%	42%
Con almeno diploma superiore	19%	54%
<b>Età media</b>	<b>38,7</b>	<b>40,2</b>

Fonte: Elaborazioni Irpet

Lo scenario economico globale prevede anche che, accanto ai soggetti tradizionali, tendenzialmente in crisi, si manifestino nuovi soggetti sociali.

Il lavoratore immigrato straniero, per esempio, sembra riassumere perfettamente le contraddizioni di questa transizione verso un lavoro *altro* rispetto a quello che ha costituito il cuore della società industriale, dal momento che rappresenta al meglio tutte le trasformazioni in atto, con la sua posizione *debole* sul mercato del lavoro (in termini di diritti e di marginalità sociale) ma allo stesso tempo sempre più indispensabile al sistema produttivo dei paesi industriali (“l’immigrato risorsa”).

Gli immigrati stranieri (prevalentemente giovani e con livelli bassi di istruzione) sono inseriti in percorsi di segmentazione (spesso etnica) del mercato del lavoro, e occupano gli spazi lasciati vuoti dalla manodopera autoctona. A tal proposito, si possono rintracciare tre modelli territoriali di impiego lavorativo degli immigrati presenti nella nostra regione: un modello dell’industria diffusa (presente nelle aree maggiormente industrializzate e di piccola e media impresa); un modello delle economie metropolitane (proprio del terziario delle grandi città e del grande universo del lavoro di cura); un modello delle attività stagionali (presente soprattutto nelle aree meridionali della regione e consistente in occupazioni a tempo nei servizi e nell’agricoltura)<sup>6</sup>.

**Tabella 1.12***Principali caratteristiche degli occupati (15-64 anni) italiani e stranieri. Toscana 2008*

	Italiani	Stranieri	Percentuale stranieri su totale occupati
<b>Età</b>			
15-24	5,7	7,3	11,8
25-34	22,2	37,7	15,0
35-44	32,6	32,0	9,3
45-54	27,4	18,7	6,6
55-64	12,1	4,3	3,5
<b>Titolo di studio</b>			
Basso	39,2	55,0	12,7
Medio	43,7	32,2	7,1
Alto	17,1	12,8	7,2
<b>Settore</b>			
Agricoltura	2,6	3,8	13,1
Industria	23,1	20,3	8,4
Costruzioni	7,3	20,9	22,9
Servizi	66,9	55,0	7,9
di cui			
Commercio	16,7	8,9	5,2
Alberghi e ristoranti	5,6	16,6	23,5

<sup>6</sup> Si veda: Ambrosini M. in: Giovani F., Savino T., Valzania A., (a cura di), *Immigrati in Toscana. Occupazione e sicurezza sul lavoro nell’industria diffusa*, Irpet, 2005

Servizi alle imprese	19,9	6,9	3,5
P.A., Istruzione, sanità e altri servizi sociali	18,7	5,6	3,0
Servizi alle famiglie	6,1	17,1	22,7
<b>Professione</b>			
Legislatori, dirigenti e imprenditori	5,5	2,3	4,3
Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione	10,3	2,3	2,2
Professioni tecniche	23,7	4,2	1,8
Impiegati	11,2	2,9	2,6
Professioni relative alle vendite e ai servizi alle famiglie	16,8	22,5	12,2
Artigiani, operai specializzati	18,6	33,2	15,7
Operai semi qualificati	7,9	9,2	10,8
Professioni non qualificate	5,3	23,5	31,8
Forze armate	0,7	0,0	0,0

Fonte: Elaborazioni su dati Irpet

I lavoratori atipici sono l'altra faccia della stessa medaglia rappresentata dagli immigrati. Anch'essi prevalentemente giovani, accomunati agli stranieri per quanto concerne il destino generazionale (l'entrata nel mercato del lavoro in un'epoca di flessibilità lavorativa), sono per lo più donne, occupati nel settore dei servizi, laureati. Nell'anno 2008 hanno raggiunto quota 180mila, pari al 16% della forza lavoro occupata complessiva.

**Tabella 1.13**

*Occupati per tipologia contrattuale e genere. Variazione 1993-2008. Toscana*

	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>TOTALE</b>	<b>% su var. totale</b>
Full time indeterminato	-47.321	4.881	-42.441	-21,0
Part time indeterminato	9.987	92.579	102.566	50,7
Atipici	50.569	59.940	110.509	54,6
Autonomi	21.839	9.788	31.627	15,6
<b>Totale</b>	<b>35.074</b>	<b>167.188</b>	<b>202.261</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - *Forze di Lavoro*

Una recente ricerca dell'Irpet<sup>7</sup> ha evidenziato come, accanto al forte utilizzo da parte delle imprese delle forme contrattuali previste dalla legge 30/2003, vi sia un rischio effettivo di intrappolamento nella precarietà contrattuale per molti di questi giovani (in particolare se donne) e meno giovani (ancora più a rischio se con livelli di istruzione bassi e occupati in contesti produttivi poco dinamici).

La flessibilità sembra avere pertanto costi umani particolarmente elevati soprattutto laddove, una volta che non è più una modalità utile di entrata nel mercato del lavoro, la si subisce passivamente perché non si hanno alternative, siano esse professionali, culturali, sociali.

<sup>7</sup> Irpet, *Precari ieri e oggi, quale il domani? Prima indagine longitudinale sui lavoratori flessibili in Toscana*, Collana Lavoro – Studi e Ricerche, n.67, 2007.

**Tabella 1.14***Probabilità di essere lavoratore tipico o atipico. Toscana. Anno 2007*

	Tempo determinato	Collaboratori	Tempo indeterminato	Imprenditori e liberi professionisti	Lavoratori in proprio
Individuo Tipo <sup>1</sup>	22,0%	11,5%	56,5%	6,0%	4,1%
Maschio	14,2%	6,6% <sup>2</sup>	51,8%	20,9% <sup>2</sup>	6,5% <sup>2</sup>
Età 15-24	57,3% <sup>2</sup>	10,3% <sup>2</sup>	29,2%	1,7%	1,6%
Età 35-44	13,0%	5,7%	65,1% <sup>2</sup>	11,3% <sup>2</sup>	4,9% <sup>2</sup>
Età 45-64	8,1%	3,8%	70,2% <sup>2</sup>	12,3% <sup>2</sup>	5,6% <sup>2</sup>
Diplomati	14,1%	4,2%	60,9% <sup>2</sup>	0,8%	20,0% <sup>2</sup>
Obbligo	13,0%	5,0%	67,1% <sup>2</sup>	2,4%	12,5% <sup>2</sup>
Agricoltura	44,0% <sup>2</sup>	6,1% <sup>2</sup>	39,2%	3,0%	7,7% <sup>2</sup>
Industria	20,7% <sup>2</sup>	4,7% <sup>2</sup>	67,2% <sup>2</sup>	3,0%	4,4% <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Individuo tipo: femmina, 25-34 anni, titolo di studio alto, servizi<sup>2</sup> Statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati Istat

## 1.5 Le conseguenze della scarsa crescita economica sul livello di vita familiare

Le conseguenze della scarsa produttività economica propria degli ultimi anni non sono visibili solamente in termini di impatto lavorativo ma hanno un loro importante risvolto sociale anche se le andiamo ad analizzare attraverso un altro indicatore: il reddito.

Questo indicatore, sia esso in termini pro-capite che di nucleo familiare, ci consente infatti di comprendere meglio il peso reale che questi cambiamenti economici globali hanno sul tessuto sociale toscano. L'analisi dell'andamento del potere di acquisto del salario dei lavoratori dipendenti ci mostra come esso sia rimasto pressoché inalterato negli ultimi anni, costringendo ed inducendo (in termini di psicologia sociale) numerose famiglie a moderare il proprio stile di vita e i comportamenti di consumo.

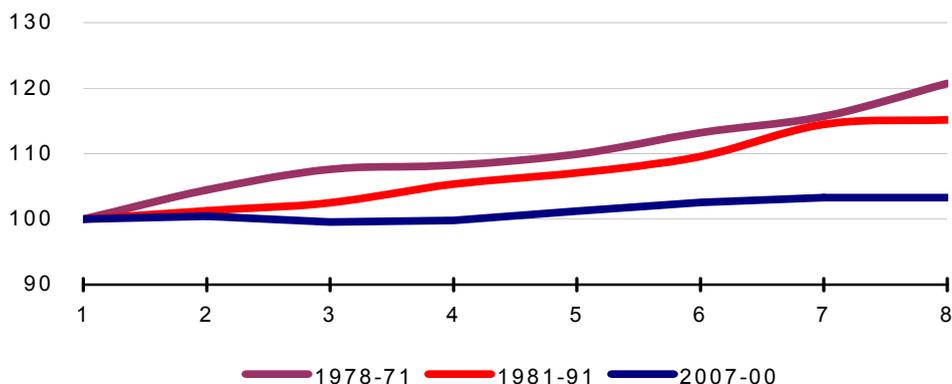
Il clima di incertezza diffusa nel quale ci troviamo, insomma, non sembra generato solamente dalla precarizzazione di quelle che prima erano considerate certezze inossidabili (il posto del lavoro, lo stipendio, la pensione..etc) ma anche da una crescita economica talmente scarsa da non generare effetti positivi sui redditi.

**Tabella 1.15***La dinamica della produttività del lavoro in Toscana - variazioni percentuali*

	Produttività del lavoro	TFP <sup>1</sup>	Capitale per addetto
1981-2005	1,4	0,4	1,0
1981-1991	1,7	0,6	1,1
1991-2001	1,5	0,5	0,9
2001-2005	0,1	-0,4	0,4

<sup>1</sup> Total factor productivity: misura della produttività media attraverso gli elementi non incorporati nel capitale produttivo

Fonte: Elaborazioni Irpet

**Figura 1.12***Andamento delle retribuzioni reali per lavoro dipendente nei decenni - numeri indice*

Fonte: Elaborazioni Irpet

La stessa crescita dell'occupazione, infatti, rimane per lo più prodotta dai soggetti "deboli" del mercato del lavoro che a loro volta contribuiscono alla moderazione salariale. I redditi non solo crescono meno che in passato ma si distribuiscono in modo più disuguale (basta pensare ai differenziali reddituali tra lavoratori autoctoni e stranieri o, per citare un problema storico del nostro mercato del lavoro, tra donne e uomini).

Nell'arco temporale 2001–2006, il reddito disponibile delle famiglie è cresciuto nella nostra regione, al netto dell'inflazione, di appena 0,3 punti percentuali l'anno e nel 2006 si è addirittura attestato allo stesso livello del 2004<sup>8</sup>. Una valutazione di questi dati in termini pro-capite registra persino variazioni negative, come evidenziato dalla tabella sottostante. Questa contrazione del reddito finisce quindi per incidere sulla disponibilità economica familiare in modalità assai preoccupanti per le sue ricadute sociali a breve medio periodo.

**Tabella 1.16***Reddito disponibile reale pro capite. Toscana*

	<i>Variazione percentuale totale</i>	<i>Variazione percentuale media annua</i>
<b>Vecchia serie</b>		
1980-2006	30	1
1983-1992	19	2
1993-2006	6	0,5
<b>Nuova serie</b>		
2001-2006	-2,2	-0,4

Fonte: Stime Irpet

<sup>8</sup> Dati tratti dai Conti regionali dell'Istat

## Capitolo 2 - La Toscana domani: lo scenario futuro attraverso le stime 2030

La fotografia demografica e sociale proposta dal capitolo precedente sulla base dei dati statistici e delle loro elaborazioni evidenzia una Toscana attraversata da processi di enorme portata che interessano direttamente il welfare state. Sfruttando le stime prodotte dall'Irpet per il 2030, proveremo adesso a concentrare l'attenzione sulle prospettive future di questi processi e sul loro impatto sociale a medio-lungo termine.

Anticipando brevemente i risultati principali, possiamo affermare come la Toscana confermerà, rafforzandone la portata già adesso piuttosto rilevante, l'andamento delle trasformazioni che la stanno già interessando oggi: da un punto di vista demografico, l'ampliamento della crescita della popolazione anziana e straniera e l'assottigliamento della dimensione delle famiglie; da un punto di vista lavorativo, il rafforzamento della presenza femminile e maggiormente scolarizzata.

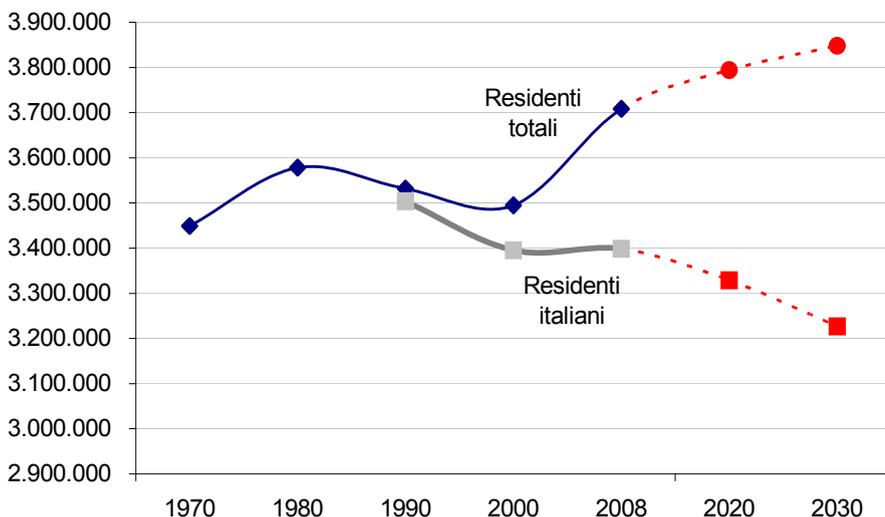
Il tutto, però, in un quadro macroeconomico generale nel quale saranno evidenti due fenomeni: da una parte, l'aumento della disuguaglianza dei redditi e una parallela riduzione della disponibilità economica delle famiglie; dall'altra, la crescita della spesa pensionistica soprattutto per quanto concerne la parte che dovrà essere destinata alle cure e all'assistenza dei lungodegenti.

### 2.1 L'evoluzione demografica

La Toscana è una regione demograficamente "matura", nel senso che nel panorama italiano ha mostrato prima della maggior parte delle altre regioni la tendenza all'invecchiamento (ha una speranza di vita alla nascita superiore alla media italiana), un numero medio di figli per donna più basso (con una fecondità inferiore alla media nazionale) e una costante differenza negativa tra nascite e morti ormai da più di 30 anni.

La dimensione totale della popolazione tende a crescere solo grazie alla componente immigrata che "controbilancia" in parte la bassa fecondità regionale. Il fatto che l'unico fattore di crescita sia rappresentato dall'immigrazione dall'estero rende difficile effettuare previsioni sull'evoluzione della popolazione residente nella nostra regione poiché si tratta di un fenomeno soggetto a maggiori o minori restrizioni in conseguenza di decisioni politiche a livello sia nazionale sia comunitario. Premessa la difficoltà di ipotizzare il flusso annuale di immigrati stranieri nei prossimi venti anni, lo scenario disegnato utilizza un saldo medio annuo con l'estero di 20mila unità fino al 2020 e di 9mila fino al 2030, un saldo con le altre regioni costante e pari a 8mila ingressi netti l'anno, un tasso di fecondità pari a 1,5 figli per donna nel 2030 e una speranza di vita alla nascita di 83 anni per gli uomini e di 88 per le donne.

In un quadro di questo genere a fine 2030 la popolazione toscana ammonterebbe a 3.850mila unità con un aumento pari a 140mila residenti rispetto al 2008. Gli stranieri residenti salirebbero a 620mila (+310mila) con un peso del 16% e i residenti di nazionalità italiana diminuirebbero di 170mila unità .

**Figura 2.1***Popolazione residente in Toscana 1970-2008 e previsioni 2020, 2030*

Fonte: Istat e stime Irpet

La variazione complessiva ammonterebbe al 3,8% con forti divari tra le diverse aree della regione: le zone della costa con popolazione stazionaria o decrescente, le zone di Prato, Pistoia e Siena con forti incrementi e una situazione stazionaria nell'area del capoluogo.

**Tabella 2.1***Variazioni percentuali della popolazione residente 2008-2030, incidenza degli stranieri. Dati per provincia*

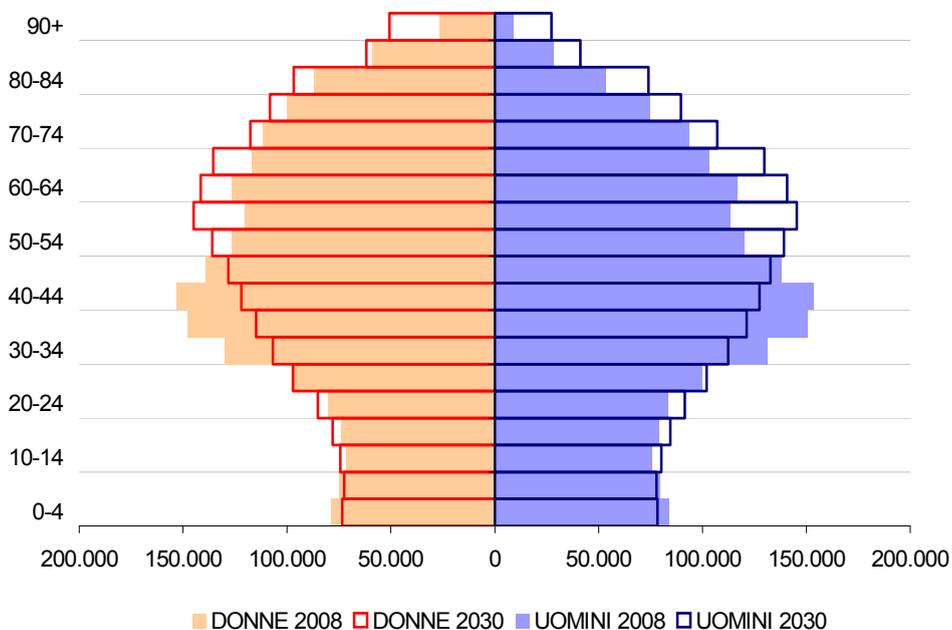
	2008	2030	Var %	Peso Stranieri	
				2008	2030
Arezzo	346.324	372.724	7,6%	9,5%	16,7%
Firenze	984.663	1.008.194	2,4%	9,6%	19,3%
Grosseto	228.383	215.117	-5,8%	7,5%	11,7%
Livorno	340.691	330.343	-3,0%	5,8%	10,7%
Lucca	390.200	395.462	1,3%	6,2%	12,0%
Massa Carrara	203.698	204.105	0,2%	5,8%	10,2%
Pisa	410.278	438.245	6,8%	7,4%	13,4%
Pistoia	290.596	313.063	7,7%	8,4%	15,8%
Prato	243.465	273.877	12,5%	11,9%	22,6%
Siena	269.473	296.464	10,0%	9,5%	21,9%
<b>Toscana</b>	<b>3.707.771</b>	<b>3.847.594</b>	<b>3,8%</b>	<b>8,4%</b>	<b>16,1%</b>

Fonte: Stime Irpet

Rispetto alla situazione attuale, fra venti anni tutte le classi superiori ai 45 anni saranno cresciute a discapito delle classi centrali della popolazione in età lavorativa (25-45 anni). Come si può verificare dalla figura, più che di piramide si può parlare di "fungo", la cui parte superiore è sempre più ampia di quella inferiore.

**Figura 2.2**

Struttura per età e sesso della popolazione Toscana 2008 e previsioni 2030



Fonte: Stime Irpet

Gli anziani che oggi sono il 23% del totale aumenteranno fino a rappresentare il 28%, più della metà dei quali saranno ultra75enni. A livello territoriale le zone meno interessate dall'immigrazione e quindi quelle in cui la popolazione diminuisce vedranno aumentare maggiormente la quota di residenti con più di 64 anni.

**Tabella 2.2**

Indice di dipendenza degli anziani(\*) e quota di popolazione con 65 anni o più sul totale. Anno 2008 e previsioni 2030

	Indice dipendenza		% 65 anni e più	
	2008	2030	2008	2030
Arezzo	34,8%	43,3%	22,5%	26,6%
Firenze	37,4%	43,7%	23,7%	26,7%
Grosseto	40,5%	52,4%	25,6%	30,9%
Livorno	37,8%	50,8%	24,2%	30,1%
Lucca	36,0%	45,7%	23,2%	27,7%
Massa Carrara	37,5%	52,8%	24,1%	31,1%
Pisa	34,4%	41,6%	22,4%	25,9%
Pistoia	34,7%	41,2%	22,5%	25,6%
Prato	29,0%	39,7%	19,4%	24,8%
Siena	38,8%	47,0%	24,5%	26,3%
<b>Toscana</b>	<b>36,2%</b>	<b>44,2%</b>	<b>23,3%</b>	<b>27,0%</b>

(\*) Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione tra 15 e 64 anni

Fonte: stime Irpet

L'indice di dipendenza degli anziani aumenterà di 8 punti percentuali tendendo al 50% e superandolo nelle province costiere, con il risultato che per ogni due persone in età lavorativa e potenzialmente attive ci sarà un anziano in età della pensione. Il numero di famiglie aumenterà di circa 200mila unità (13%) e la loro dimensione media scenderà a 2,1 componenti, con una quota di famiglie unipersonali in crescita dal 32,9% al 37,5%.

**Tabella 2.3**

*Numero di famiglie, popolazione e peso famiglie unipersonali. Anni 1971-2008 e previsioni 2030*

	Numero famiglie	% Unipersonali	Componenti per famiglia	Popolazione
1971	1.056.505	11,7%	3,2	3.473.097
1981	1.234.928	17,5%	2,9	3.581.051
1991	1.265.971	19,8%	2,8	3.529.946
2001	1.388.260	25,4%	2,5	3.497.806
2008	1.582.915	32,9%	2,3	3.707.771
2030	1.788.523	37,5%	2,1	3.847.594
Differenza				
2030-2008	205.608	4,6%		

Fonte: Stime Irlpet

## 2.2 Le dinamiche nel mercato del lavoro

Le stime sulle dinamiche del mercato del lavoro prefigurano la partecipazione di una forza lavoro caratterizzata prevalentemente dall'incidenza di alcuni fattori di fondo quali l'immigrazione, il processo di invecchiamento della popolazione, un più elevato livello di scolarizzazione, una sostanziale evoluzione del tasso di partecipazione femminile.

**Tabella 2.4**

*Tassi di partecipazione per genere ed età*

	15-64			15-24			55-65		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2007	76%	59%	68%	37%	29%	33%	46%	27%	36%
2010	76%	62%	70%	32%	29%	29%	50%	34%	42%
2015	78%	64%	72%	30%	28%	28%	62%	42%	52%
2020	78%	63%	72%	30%	26%	28%	65%	47%	56%
2025	77%	63%	71%	29%	26%	28%	65%	47%	56%
2030	75%	64%	71%	29%	26%	27%	61%	50%	56%

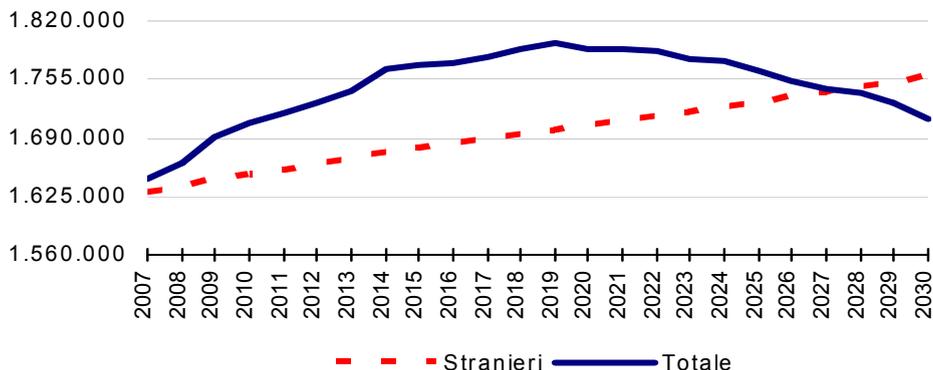
Fonte: Elaborazioni Irlpet

Per i processi economici e sociali a cui è sottoposta, questa forza lavoro tenderà a ritardare ulteriormente l'ingresso nel mercato del lavoro, prolungando il periodo di *limbo* (familiare, formativo, di rendita extralavorativa) già adesso molto più lungo rispetto alla media europea. L'evoluzione della forza lavoro, inoltre, mostra anche la previsione di un trend incrementale soltanto per quanto riguarda la manodopera

straniera che, come si può notare dalla figura sottostante, appare destinata ad un andamento ben differente rispetto a quello della forza lavoro complessiva.

**Figura 2.3**

*Evoluzione della forza lavoro italiana e straniera*



Fonte: Elaborazioni Irpet

Da un punto di vista delle previsioni occupazionali, le stime indicano una sorta di spartiacque intorno al 2020; fino al decennio precedente, infatti, si assisterebbe ad un aumento del tasso di disoccupazione, mentre dopo ad una sua diminuzione fino ad un assestamento intorno al 5%. L'evoluzione della composizione dell'occupazione conferma le dinamiche già osservate: l'aumento è più sostenuto soprattutto per la popolazione anziana, i laureati e gli stranieri.

**Tabella 2.5**

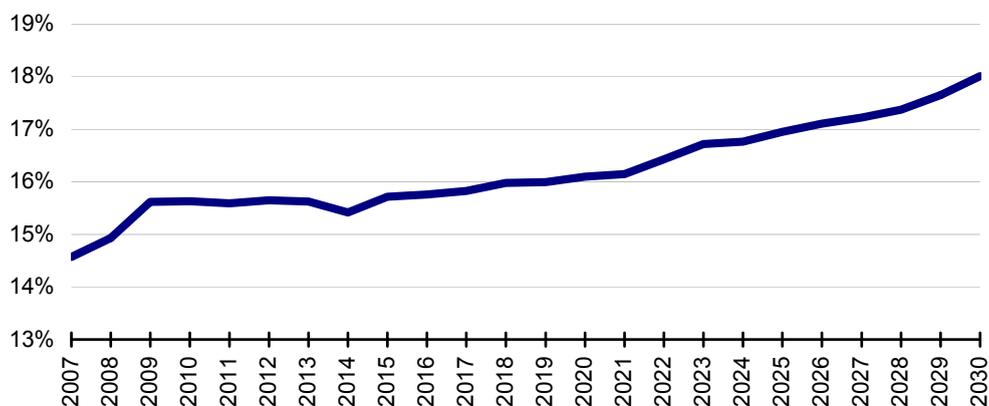
*Composizione della popolazione occupata*

	Genere		Età			Titolo studio			Nazionalità	
	M	F	<30	30-50	>50	Obbligo	Diploma	Laurea	Italiani	Stranieri
2007	57%	43%	15%	60%	24%	49%	36%	16%	92%	8%
2015	57%	43%	9%	58%	33%	45%	36%	19%	88%	12%
2020	57%	43%	8%	54%	37%	42%	37%	22%	85%	15%
2030	56%	44%	8%	51%	41%	35%	38%	27%	75%	25%

Fonte: Elaborazioni Irpet

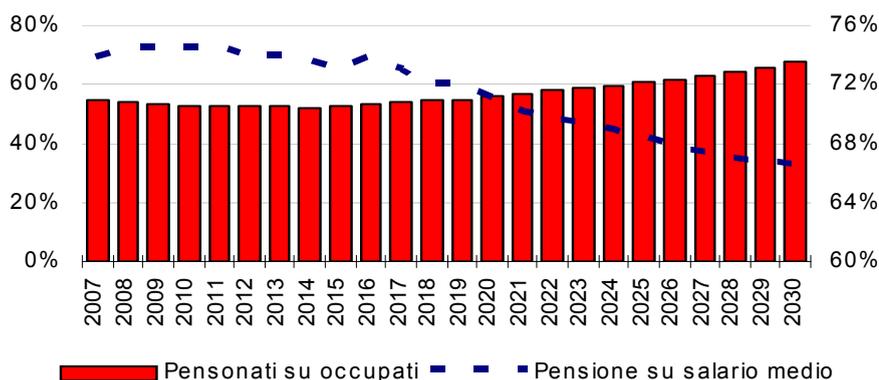
## 2.3 Le dinamiche previdenziali

Le stime sulle dinamiche della spesa previdenziale ci mostrano un andamento caratterizzato da tre fasi temporali: una crescita fino al 2010 dovuta per lo più alla crisi economica attuale; una sorta di stabilizzazione in seguito alla prevista ripresa economica nel decennio 2010-2020; una decisa ripresa della sua crescita dovuta all'impatto delle previsioni demografiche fino al 2030.

**Figura 2.4***Spesa previdenziale in percentuale PIL*

Fonte: Elaborazioni Irpet

Un ruolo di compensazione a questa crescita, che sicuramente potrà attutire una spinta che altrimenti sarebbe ben più ampia, sarà svolto dall'estinguersi del sistema della pensione media che andrà esaurendosi entro il 2030 e sarà sostituito dal sistema contributivo. In questo quadro, un elemento certo sarà la riduzione del tasso di crescita della pensione media, che intorno al 2020 sarà inferiore alla crescita del numero dei pensionati.

**Figura 2.5***Pensionati su occupati e pensione media su salario*

Fonte: Elaborazioni Irpet

Questo andamento comporterà per i nuovi pensionati un ulteriore riduzione del livello di vita rispetto a quello di coloro che stanno andando in pensione oggi. Il rischio più evidente di questo scenario futuro è ovviamente quello della gestione della *rottura* generazionale che si andrà progressivamente acuendo.

**Tabella 2.6***Tassi di sostituzione lorda e quota di pensionati per regime*

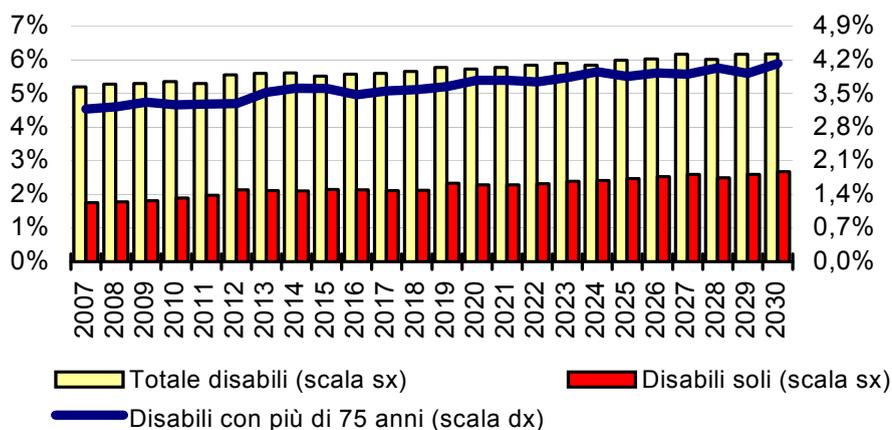
	Tasso di sostituzione lordo			Quota di pensionati		
	Retributivo	Misto	Contributivo	Retributivo	Misto	Contributivo
2007	70%	47%	0%	97%	3%	0%
2020	77%	58%	37%	78%	18%	4%
2030		57%	42%	38%	52%	10%

Fonte: Elaborazioni Irpet

## 2.4 Le dinamiche della non autosufficienza

Una delle principali conseguenze dell'invecchiamento demografico, in aggiunta all'aumento della spesa pensionistica, è rappresentata dall'incremento di popolazione bisognosa di assistenza perché inabilitata, a diversi livelli di gravità, a svolgere le normali funzioni della vita quotidiana.

Nel 2030, secondo le nostre stime<sup>9</sup>, il numero di non autosufficienti in Toscana aumenterà del 20% rispetto al dato attuale. L'incidenza del fenomeno nella popolazione toscana salirà di 1 punto percentuale: dal 5,2% al 6,2%. Ma soprattutto i futuri disabili saranno meno in grado, rispetto a quanto succede oggi, di contare su un aiuto familiare: se nel 2007 i disabili soli sono stimati nell'ordine del 32% del totale, nel 2030 la loro quota è destinata a salire al 42%. Inoltre aumenterà l'incidenza di coloro che avranno più di 75 anni e quindi, associato all'età, crescerà anche il numero delle funzioni che essi non saranno più in grado di svolgere.

**Figura 2.6***Incidenza dei disabili sul totale residenti*

Fonte: Elaborazioni Irpet

<sup>9</sup> La probabilità di diventare disabile dipende da un vettore di variabili socio-demografiche. In particolare, la probabilità di contrarre uno dei tre gradi tipici della disabilità (1, 2, 3 o più ADL) è stata stimata tramite una regressione logistica in cui le covariate sono l'età, il sesso ed il livello di istruzione.

La spesa pubblica per Long Term Care (LTC), che oggi ammonta a circa l'1,7% del PIL è quindi destinata a salire di almeno altri 0,48 punti percentuali, per raggiungere quota 2,1%: 1,1% di prestazioni sanitarie, 0,8% indennità di accompagnamento e 0,2% altre prestazioni di natura assistenziale<sup>10</sup>. La stima per l'accompagnamento prevede l'adeguamento della prestazione alla crescita reale dell'economia, mentre per le altre due componenti il parametro su cui si basa la previsione è il diverso profilo della spesa pro capite per età.

**Tabella 2.7**

*Incidenza dei disabili sul totale residenti*

	Spesa RGS <sup>1</sup> su PIL	Spesa RGS su PIL
Prestazioni sanitarie	0,89%	1,2%
Indennità di accompagnamento	0,66%	0,9%
Altre prestazioni	0,11%	0,2%
<b>Totale</b>	<b>1,66%</b>	<b>2,3%</b>

<sup>1</sup> Spesa statale regionalizzata, Ragioneria Regionale dello Stato

Fonte: Elaborazioni Irpet

## 2.5 Come crescerà la domanda e la spesa per i servizi sociali

Come è noto la domanda di servizi sociali è fortemente determinata dalle caratteristiche socio-demografiche della popolazione e, in primo luogo, dalla sua composizione per età.

Il processo di *invecchiamento della popolazione* rappresenta infatti il principale fattore di pressione sulla domanda di servizi socio-assistenziali, perché al crescere dell'età media cresce l'incidenza di malattie invalidanti e dunque il bisogno di assistenza e perché fino ad oggi la famiglia ha offerto ai propri "vecchi" un'assistenza diretta che non sarà in grado di continuare a garantire, considerata la costante riduzione delle dimensioni familiari e il progressivo inserimento delle donne nel mercato del lavoro. Da ciò si può prevedere che quanto minore sarà l'assistenza garantita dalla famiglia, tanto maggiore sarà la domanda rivolta al settore pubblico, soprattutto da parte dei soggetti anziani e soli, il segmento più debole e più soggetto al rischio di disagio ed emarginazione sociale.

Un altro fattore importante di pressione sulla domanda è collegato alla presenza di *popolazione straniera*. Si è visto che la popolazione straniera è in continua crescita e sappiamo anche che, essendo in gran parte giovane, contribuisce a rallentare il processo di invecchiamento e a creare le risorse per far fronte ai bisogni (il saldo fiscale nei rapporti con la pubblica amministrazione è ad oggi positivo, cioè "danno" più di quanto "ricevono"). A loro volta, però, gli immigrati alimentano almeno due specifici segmenti di domanda socio-assistenziale: i servizi di accoglienza e integrazione sociale, che comprendono un ampio spettro di interventi (dalla mediazione linguistica al sostegno per risolvere il problema casa) e i servizi per l'infanzia, data la maggiore fertilità che caratterizza le donne straniere. E' proprio sulla domanda di servizi per l'infanzia che in futuro potrebbe accentuarsi una

<sup>10</sup> La spesa per la lungodegenza è infatti composta da tre voci: spesa sanitaria per lungodegenza, indennità di accompagnamento e spesa per servizi erogati dagli enti locali.

competizione fra immigrati e autoctoni (quella che spesso viene chiamata “guerra tra poveri”) con conseguenti tensioni sulla coesione sociale, perché quella straniera è una fascia di popolazione mediamente a più basso reddito che potrebbe spiazzare in maniera rilevante gli autoctoni nell’accesso ai servizi. Le donne autoctone, infatti, pur presentando livelli di fertilità relativamente più bassi, avranno sempre più bisogno di rivolgersi ai servizi esterni per poter coniugare l’impegno lavorativo con quello familiare e, senza questo supporto da parte del settore pubblico, le classi sociali poste al limite potrebbero scendere sotto la soglia di povertà.

La *nuclearizzazione delle famiglie* si traduce naturalmente anche in una più elevata domanda di abitazioni. La domanda di case, già in aumento, sempre più lo sarà nei prossimi anni, quando le famiglie saranno più numerose ma avranno minor dimensione. Tra l’altro l’abitazione rappresenta una delle problematiche più urgenti soprattutto per i cittadini stranieri: il costo elevato degli affitti, le forme di resistenza di molti proprietari ad affittare case ad immigrati, il difficile accesso al credito ecc.... Tutto questo richiede di ripensare in modo più incisivo l’attuale politica edilizia, al fine di rendere più fluido ed elastico un mercato oggi ingessato.

Infine, sulla domanda di servizi sociali influisce anche il *livello* e la *diffusione del benessere* nella società. La crisi recente ha messo ormai in evidenza come si sia ampliata l’area del disagio sociale dovuta alla precarietà lavorativa e agli alti costi legati all’abitazione. Le fasce giovani della popolazione sono generalmente le più colpite e, se fino ad oggi il trasferimento intergenerazionale delle risorse all’interno della famiglia ha consentito ai figli di mantenere i livelli di benessere raggiunti dai genitori, nei prossimi anni il ruolo redistributivo della famiglia non potrà più essere dato per scontato, con una conseguente riduzione del livello complessivo del benessere familiare. Da un punto di vista delle politiche ciò si tradurrà in un aumento della popolazione sotto la soglia di povertà e, quindi, della quota di utenti a cui devono essere indirizzati trasferimenti monetari e di servizi.

In definitiva tutte le trasformazioni demografiche attese si tradurranno in una crescita dei fabbisogni e in un conseguente aumento della domanda di servizi sociali, che potrà mettere a rischio in futuro la sostenibilità finanziaria dell’attuale modello di assistenza offerta in Toscana, anche alla luce dell’evoluzione prevista per il PIL regionale e per i costi di tali servizi.

Assumendo un orizzonte temporale di medio-lungo periodo (dal 2007 al 2027) proviamo a stimare quante risorse saranno necessarie per offrire lo stesso livello pro capite di servizi sociali offerti oggi, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Nel far questo, ci limitiamo a considerare solo la componente regionale della spesa sociale perché essa rientra nella categoria di spesa definita come “essenziale”, per la quale la l.42/2009 sul federalismo fiscale stabilisce una copertura totale da parte dello Stato una volta che sia stata standardizzata.

Il fabbisogno di spesa stimato per la Regione Toscana, sia quello sociale sia quello totale (comprensivo ovviamente anche dei servizi sanitari e di quelli per l’istruzione), può essere proiettato sulla base di due distinti scenari ipotizzati per il prossimo ventennio<sup>11</sup>. Il primo è quello che considera l’effetto sul fabbisogno

---

<sup>11</sup> Occorre ricordare che la proiezione della spesa essenziale regionale risulta completamente svincolata da come evolverà e da come sarà applicato negli anni futuri il concetto di fabbisogno standard: si intende dire che questa stima non considera la possibilità che il processo di standardizzazione della spesa essenziale possa condurre nel tempo ad un recupero di efficienza e/o ad una maggiore selezione nell’offerta dei servizi, tale da ridurre i costi pro-capite e quindi l’ammontare di

prodotto esclusivamente dalle tendenze demografiche (scenario a prezzi costanti), ammettendo che rimangano invariati gli attuali tassi di utilizzo dei vari servizi distinti per classe d'età della popolazione. Il secondo, invece, tiene conto anche delle variazioni ipotizzabili per i prezzi dei beni offerti (scenario a prezzi correnti) sulla base dei dati Istat relativi alla contabilità economica regionale.

A fronte di un incremento della popolazione residente in Toscana del 4,4% nei prossimi venti anni, si stima che il fabbisogno di spesa essenziale crescerà con maggiore intensità: la crescita attesa al 2027, valutata a prezzi costanti (anno base 2007), sarà pari al 13,5% (Tabella 2.8).

**Tabella 2.8**

*Popolazione e fabbisogno standard di spesa sociale a prezzi costanti (anno base 2007) in Toscana. Anni 2007-2027 - valori in milioni di euro, valori assoluti e percentuali*

	2007	2012	2017	2022	2027
Fabbisogno sociale	1.335	1.417	1.483	1.530	1.597
Fabbisogno totale	7.756	8.011	8.278	8.503	8.800
Popolazione residente	3.638.211	3.702.108	3.749.417	3.770.079	3.797.858
	<b>Var%</b>	<b>Var%</b>	<b>Var%</b>	<b>Var%</b>	
	<b>'07/'12</b>	<b>'07/'17</b>	<b>'07/'22</b>	<b>'07/'27</b>	
Fabbisogno sociale	6,2%	11,1%	14,6%	19,6%	
Fabbisogno totale	3,3%	6,7%	9,6%	13,5%	
Popolazione residente	1,8%	3,1%	3,6%	4,4%	

Fonte: Stime Irpet

Sul risultato finale<sup>12</sup> pesa particolarmente l'incremento della spesa per l'assistenza sociale, la componente più dinamica, per la quale si stima una crescita quasi del 20% nel prossimo ventennio, per effetto dell'aumento della popolazione immigrata (e del conseguente implemento delle politiche di accoglienza e dell'estensione dei servizi all'infanzia) e degli anziani non autosufficienti.

Per valutare a quali condizioni nei prossimi anni si realizzerà la sostenibilità finanziaria del fabbisogno futuro di spesa, occorre mettere in relazione l'evoluzione della spesa con la dinamica attesa delle risorse disponibili a livello regionale, attraverso le previsioni del PIL in Toscana.

Come è possibile osservare dalla figura seguente (Figura 2.7), il PIL avrà un incremento piuttosto basso, con tassi addirittura decrescenti nell'immediato futuro per effetto della crisi economica.

---

risorse statali complessivamente necessarie per la copertura finanziaria, pur in un quadro di incremento della numerosità dei potenziali beneficiari. Naturalmente questa ipotesi è invece verosimile, soprattutto in una regione come la Toscana dove il costo pro-capite attuale (cioè il costo storico), in particolare quello sanitario, potrebbe risultare superiore al valore che sarà assunto come standard (se esso coinciderà ad esempio con il valore medio nazionale): la definizione degli standard potrebbe penalizzare la Toscana che in futuro potrebbe dover finanziare con risorse proprie una parte della sua spesa attuale (divenuta "sovra-standard"). Quindi, l'evoluzione della spesa essenziale qui stimata delinea semplicemente il trend di crescita del fabbisogno in Toscana, totale e sociale, indipendentemente dalla soglia standard che sarà fissata da qui a dieci-venti anni e che ovviamente non è al momento prevedibile.

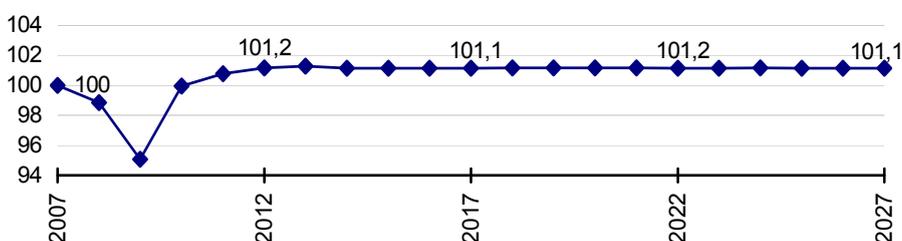
<sup>12</sup> Occorre comunque ricordare che gran parte del fabbisogno complessivo continua naturalmente ad essere assorbito dall'assistenza sanitaria, il cui trend di crescita (mediamente pari a 0,5% all'anno) è interamente imputabile alla maggior presenza di anziani nell'ambito della popolazione residente in Toscana (popolazione che nel complesso cresce ad un tasso di 0,2-0,3% all'anno).

L'incidenza percentuale della spesa essenziale sul PIL a valori costanti (anno base 2007), sia quella sociale che quella complessiva (Tabella 2.9), mostra un incremento concentrato nel prossimo decennio e un declino nel decennio successivo. La criticità nella sostenibilità finanziaria della spesa si manifesterà quindi nel breve-medio periodo perché, a fronte di un lento recupero nella dinamica del PIL, la crescita della spesa risulterà molto più veloce.

Introducendo l'ipotesi di variazione di prezzi<sup>13</sup>, si ottengono maggiori informazioni sull'evoluzione effettiva del rapporto spesa-risorse disponibili. Il quadro, in questo secondo caso, è più preoccupante: il rapporto spesa essenziale/PIL cresce ad un tasso sostenuto, partendo dal 9,7% nel 2007 per arrivare quasi al 12% nel 2027.

**Figura 2.7**

*Evoluzione del PIL in Toscana. 2007-2027. Numeri indice (2007=100)*



Fonte: Stime Iripet

**Tabella 2.9**

*Incidenza della spesa sociale sul PIL in Toscana. 2007-2027 – valori percentuali*

	2007	2012	2017	2022	2027
<i>Prezzi costanti</i>					
Fabbisogno sociale	1,98	2,19	2,16	2,11	2,08
Fabbisogno totale	9,68	10,57	10,36	9,92	9,66
<i>Prezzi correnti</i>					
Fabbisogno sociale	1,98	2,31	2,38	2,41	2,44
Fabbisogno totale	9,68	11,04	11,36	11,75	12,07

Fonte: Stime Iripet

In valori assoluti l'incremento tendenziale dell'incidenza sul PIL della spesa essenziale, pari a circa 2,1 punti percentuali, corrisponde a circa 2,2 miliardi di euro (pari a oltre 1/4 del fabbisogno calcolato per il 2007). Questo sarebbe dunque l'ammontare aggiuntivo di spesa, rispetto a quello attuale, che la Regione Toscana dovrebbe riuscire a finanziare nei prossimi venti anni ricorrendo a risorse proprie. Di questo, circa 482 milioni dovrebbero servire per garantire il futuro fabbisogno di assistenza sociale, equivalente alla crescita di circa mezzo punto percentuale di PIL da oggi al 2027 (l'incidenza sul PIL infatti passerebbe da 1,98 a 2,44%).

<sup>13</sup> Ricordiamo che le previsioni sull'andamento futuro dei prezzi sono diverse per ciascuna delle funzioni di spesa considerate.

Lo scenario evolutivo qui ipotizzato, che -si ricorda- è un semplice esercizio di proiezione basato solo sui fattori demografici, mette bene in evidenza il rischio di insostenibilità finanziaria a cui potrebbe andare incontro la Regione Toscana. Non potendo contare su ulteriori risorse da parte dello Stato, peraltro, la Regione dovrà intervenire con un mix di politiche che andranno dal contenimento della spesa essenziale (tramite razionamento dell'offerta e/o recuperi di efficienza) all'incremento delle risorse proprie aumentando il contributo da parte dei cittadini, a meno che all'interno del bilancio regionale non diventi possibile dirottare sull'assistenza sociale risorse attualmente destinate ad altre voci di spesa non essenziale.



**Sezione II**  
*La programmazione territoriale*



# Capitolo 3 - Le Società della Salute

## 3.1 La fase della sperimentazione

La prima previsione delle Società della Salute era contenuta nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 laddove si rafforzava il concetto di distretto, inteso come il livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale. La Società della Salute (SdS) era quindi presentata come la sperimentazione di nuove soluzioni organizzative in grado di consolidare e rendere stabili i legami tra il mondo della sanità e quello socioassistenziale dei Comuni e ricomporre un governo comune del territorio finalizzato alla realizzazione di obiettivi di salute, alla piena attuazione dell'integrazione sociosanitaria e alla promozione della cooperazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute. Si delineava inoltre il profilo delle SdS che, oltre al coinvolgimento delle comunità locali, dovevano garantire altri aspetti fondamentali quali:

- la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- il controllo e la certezza dei costi, nonché l'equilibrio di bilancio;
- l'universalismo e l'equità dell'accesso;
- la promozione e la partecipazione del settore *non profit*.

La convergenza tra gli ordinamenti regionali in materia sociale e in materia sanitaria ha reso molto più agevole la costruzione dell'atto di indirizzo per la sperimentazione delle SdS poiché è stato possibile basarsi su un processo di riorganizzazione territoriale già attivato in maniera distinta lungo direttrici perfettamente coerenti tra loro.

La d.c.r. n. 155/2003 ha in particolare fissato i criteri e i contenuti per l'avvio delle prime SdS.

Nell'allegato A sono infatti definiti in maniera specifica:

- obiettivi e modalità di accesso alla sperimentazione;
- ruolo e funzioni della Società della Salute;
- assetto giuridico e organizzativo;
- governo della domanda;
- Piano Integrato di Salute (PIS);
- forme di partecipazione;
- finanziamento delle Società della Salute;
- funzioni socio-sanitarie integrate e percorsi assistenziali;
- personale;
- concertazione con le organizzazioni sindacali;
- monitoraggio e valutazione della sperimentazione.

L'assetto di fondo prefigurato per le SdS in origine, pur con tutte le evoluzioni e le correzioni dovute, è stato poi fundamentalmente confermato dalle disposizioni che la l.r. 40 e successive modificazioni prevede per la loro messa a regime. Secondo le modalità definite, nel periodo sperimentale sono state infatti costituite 18 Società della Salute che hanno coinvolto 158 Comuni insieme a 10 Aziende Usl: Alta Val di Cecina, Amiata grossetana, Bassa Val di Cecina, Casentino, Colline metallifere,

Empolese, Fiorentina nord-ovest, Fiorentina sud-est, Firenze, Lunigiana, Mugello, Pisana, Pratese, Valdarno inferiore, Valdera, Val di Chiana, Val di Cornia e Val di Nievole. Il numero dei Comuni coinvolti dalla sperimentazione ha rappresentato il 55% dell'insieme dei Comuni toscani, che nel 2004 comprendeva una popolazione di circa 2.055.000 residenti pari al 57% del totale. Quattro Aziende Usl sono state interamente coinvolte nella sperimentazione, in tutte le loro zone-distretto si sono costituite delle Società della Salute.

La relazione, curata da uno specifico gruppo tecnico regionale, nel 2007 ha evidenziato le attività svolte nel corso della sperimentazione:

- definizione degli assetti istituzionali ed organizzativi, ivi compresa la nomina degli organismi di partecipazione (Consulta del Terzo Settore e Comitato di partecipazione);
- adozione degli atti obbligatori;
- sviluppo delle capacità di *governance* e dei processi partecipativi;
- esercizio delle funzioni di programmazione attraverso l'elaborazione del profilo/immagine di salute e l'approvazione dei Piani Integrati di Salute;
- esercizio delle funzioni di governo della domanda e dell'offerta dei servizi attraverso accordi con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta o con i presidi ospedalieri di riferimento;
- rafforzamento del processo di zonizzazione delle attività territoriali, attraverso le relazioni tra processi di programmazione e procedure di budgeting aziendale.

Complessivamente è possibile valutare in maniera positiva gli esiti della sperimentazione, dal momento che essa è stata in grado di produrre:

- acquisizione e sviluppo della capacità di *governance* delle comunità locali finalizzata all'integrazione istituzionale per favorire la programmazione di politiche intersettoriali utili al raggiungimento degli obiettivi di salute, secondo i nuovi orientamenti e le acquisizioni culturali espresse dall'art. 6 della l.r. 40/2005 e successive modificazioni;
- raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'atto d'indirizzo regionale attraverso il pieno esercizio delle funzioni di programmazione integrata e partecipata a livello locale, preceduto dalla costruzione del profilo/immagine di salute, quale nuovo metodo per favorire scelte programmatiche correlate all'effettivo bisogno della comunità amministrata, analisi e valutazioni condivise e tecnicamente supportate;
- realizzazione di importanti percorsi formativi, spesso integrati, per gli amministratori e gli operatori degli enti consorziati;
- raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'atto d'indirizzo regionale attraverso l'avvio delle funzioni di governo della domanda per il controllo delle risorse e l'appropriatezza dei consumi, con il coinvolgimento degli operatori di base;
- promozione e sviluppo dei processi di partecipazione attraverso il coinvolgimento delle comunità locali e degli organismi di partecipazione, secondo procedure predeterminate e specifiche attribuzioni di competenze reali nei processi programmatici;
- avvio dei sistemi informativi locali e processi di integrazione tra sistemi esistenti sia sociali che sanitari;

- rafforzamento del processo di zonizzazione delle attività territoriali, attraverso le relazioni tra processi di programmazione e procedure di budgeting aziendale;
- contenimento della spesa per il funzionamento e l'organizzazione del Consorzio.

Tutte le 18 SdS si sono costituite, ai sensi degli articoli 30 e 31 del d.lgs. 18/08/2000 n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali", mediante la contestuale adozione da parte dei singoli Consigli comunali e della Direzione Generale dell'Azienda Usl di uno statuto e di una convenzione del Consorzio.

Tutte le SdS hanno nominato il proprio Direttore tecnico.

Tutte le Sds hanno nominato organismi di partecipazione, in molti casi attraverso l'emanazione di appositi bandi/avvisi pubblici, rivolgendosi comunque a organizzazioni iscritte agli appositi albi. In tutte le SdS è stato adottato il regolamento di funzionamento della Consulta del Terzo Settore.

Il processo di partecipazione è stato diffuso ed attivo in tutte le SdS.

Tutte le SdS infatti hanno dedicato particolare attenzione a sviluppare ampi processi partecipativi, assumendo, in coerenza con le disposizioni programmatiche, il ruolo di soggetto attivo dei cambiamenti e non di semplice osservatore delle azioni di mantenimento e di potenziamento dell'esistente.

Appare inoltre opportuno segnalare come tutte le Società della Salute sperimentali abbiano approntato il Piano Integrato di Salute tra gli atti fondamentali del Consorzio.

Nel periodo sperimentale, infatti, l'attività delle Società della Salute è stata incentrata sulla funzione di programmazione integrata effettuata utilizzando lo strumento dei Piani Integrati di Salute come luogo centrale dove sono elaborati programmi per la salute intesa in senso globale, finalizzati all'interazione tra i diversi fattori e categorie di determinanti.

Nelle realtà delle SdS il PIS sostituisce sia il piano di zona sia il programma operativo di zona.

Di seguito si sintetizzano i contenuti sostanziali rintracciabili in tutti i PIS:

- obiettivi di salute e benessere, standard quanti-qualitativi e strumenti per valutarne il raggiungimento;
- "linee guida" per i piani assistenziali individualizzati, basati sulla risposta complessiva del sistema sociale e sanitario, attuate attraverso l'attivazione di strumenti operativi che garantiscano la presa in carico dell'utente e la continuità del percorso assistenziale; in particolare sono assicurati percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale-territorio con particolare riferimento alle dimissioni "protette" in fase post-acuta per soggetti che comunque necessitano dell'assistenza dei servizi territoriali;

Con l'approvazione del PIS viene affermata con chiarezza l'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio, In particolare detto "processo comporta un rafforzamento delle relazioni esistenti tra i diversi settori organizzativi della Regione e una nuova centralità del sistema delle autonomie locali".

In particolare le SdS hanno provveduto:

- in tutti i casi alla costruzione del “profilo di salute”;
- in alcuni casi (15 su 18), gli organi di governo delle SdS hanno avviato il processo di costruzione del PIS attraverso un atto d’indirizzo. Partendo dalla selezione e gerarchizzazione dei problemi, hanno deciso le azioni di intervento e per ciascuna azione hanno individuato uno o più progetti con obiettivi misurabili;
- in tutti i casi si è potuto rilevare il coinvolgimento dei due organismi obbligatori della SdS: la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di partecipazione;
- in tutti i casi, con maggiore o minore rilevanza, è avvenuto il coinvolgimento sia dei soggetti istituzionali del sistema (attraverso Consigli comunali aperti e momenti di incontro con gli amministratori), sia della cittadinanza (attraverso assemblee pubbliche);
- nella quasi totalità dei casi le SdS hanno coinvolto nel processo di programmazione le organizzazioni sindacali.

Con l’approvazione della legge regionale 60/2008 che modifica la l.r. 40/2005, viene sancito un percorso di costituzione delle SdS non più sperimentale. La nuova legislazione conferma le scelte di fondo operate dall’atto di indirizzo per la sperimentazione e le inserisce in un assetto compiuto e stabile.

### **3.2 Il processo di costituzione**

L’articolo 142 bis comma 6 della legge regionale 40/2005 e successive modificazioni prevede che le Società della Salute siano tenute ad adeguarsi alle disposizioni di cui al capo III bis del Titolo V entro un anno dall’entrata in vigore della legge stessa. Il 4 dicembre 2009 è pertanto da considerarsi come termine ultimo per l’adeguamento ai fini dell’assegnazione del contributo regionale di prima applicazione e della quota del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui alla l.r. 66/2008. A questa data sono in fase di completamento/ultimazione 28 processi di costituzione che coinvolgono 242 Amministrazioni comunali e tutte le Aziende UsI della regione, otto delle quali sono coinvolte con tutte le zone-distretto ad esse afferenti. In sette casi il processo interessa tutti i Comuni ricompresi nel territorio di una stessa provincia.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Alta Val d’Elsa        | 15. Lunigiana            |
| 2. Alta Val di Cecina     | 16. Mugello              |
| 3. Amiata Grossetana      | 17. Piana di Lucca       |
| 4. Amiata e Val d’Orcia   | 18. Pisana               |
| 5. Apuane                 | 19. Pistoiese            |
| 6. Bassa Val di Cecina    | 20. Pratese              |
| 7. Casentino              | 21. Senese               |
| 8. Colline Metallifere    | 22. Val d’Era            |
| 9. Empolese               | 23. Val di Chiana Senese |
| 10. Fiorentina            | 24. Val di Cornia        |
| 11. Fiorentina Nord-Ovest | 25. Val di Nievole       |

12. Fiorentina Sud-Est  
13. Grossetana  
14. Livornese

26. Valdarno inferiore  
27. Valle del Serchio  
28. Versilia

Altre due articolazioni zonali della Conferenza dei Sindaci hanno dichiarato il proprio interesse per la Società della Salute, manifestando nel contempo l'esigenza di maggiori approfondimenti prima di intraprendere il processo di costituzione del consorzio (zona Aretina e zona Val di Chiana Aretina).

Complessivamente, alla data del 4 dicembre 2009, il processo comprende l'82% delle zone, raggiunge l'84% dei Comuni e l'88% della popolazione regionale. Otto SdS hanno completato i passaggi in tutti i Consigli comunali e approvato lo Statuto e la Convenzione istitutiva. Le altre venti SdS sono in fase di completamento del percorso di costituzione.

Da una primissima analisi dei documenti relativi al processo di costituzione delle SdS è possibile evincere il seguente quadro ricognitivo:

### **1. Assetto istituzionale**

- Tutte le SdS hanno rispettato la suddivisione delle quote di partecipazione: il 33% all'Azienda sanitaria, il 66% ai Comuni;
- ventuno SdS hanno ripartito le quote della componente comunale secondo la popolazione; cinque SdS hanno bilanciato la popolazione con uno o più parametri di correzione; una SdS ha ripartito le quote solo secondo il numero dei Consiglieri comunali;
- tutte le SdS prevedono l'esercizio della funzione di delega all'interno degli organi principali;
- in sei SdS la Giunta esecutiva è composta da 3 membri; in una SdS è composta da 4 membri; in sedici SdS è composta da cinque membri; mentre in quattro SdS è composta da più di cinque membri;
- ventidue SdS hanno previsto il Collegio dei sindaci revisori;
- la SdS di Firenze è l'unica ad essere costituita da un solo Comune insieme all'Azienda sanitaria, per questo motivo l'assetto dei suoi organi è del tutto peculiare.

### **2. Funzioni attivate**

Tutte le SdS hanno attivato le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo definite dall'art. 71 bis, comma 3, lettere a) b) e) della l.r. 40/2005 e successive modificazioni.

Per quanto riguarda le funzioni definite dall'art. 71 bis, comma 3, lettera c) della l.r. 40/2005 e successive modificazioni, riferite alle attività socio-sanitarie, le SdS hanno scelto tra le diverse possibilità di gestione previste dalla normativa:

- diciotto SdS hanno scelto la forma diretta;
- cinque SdS hanno scelto la convenzione con l'Azienda UsI;
- quattro SdS non hanno ancora definito la forma di gestione a regime;

**Figura 3.1**

*Le Società della Salute nel periodo sperimentale e al 4 dicembre 2009*



**Società della Salute  
Periodo sperimentale**



**Società della Salute  
Costituzione al 4 dicembre 2009**

Fonte: Regione Toscana.

- una SdS ha scelto di avvalersi del soggetto gestore istituito prima del 01/01/2008;
- quattordici SdS hanno ulteriormente definito modalità gestionali attraverso attivazione graduale delle funzioni:

<b>Gradualità delle funzioni di gestione</b>	<b>Dal 1/1/2010</b>	<b>Entro sei mesi</b>	<b>Entro nove mesi</b>	<b>Entro un anno</b>	<b>Entro due anni</b>	<b>Fino al PSSIR</b>
Forma Diretta	1	3	1	3	1	1
Convenzione Asl				1		2
Attuali forme di gestione	1					

Per quanto riguarda le funzioni definite dall'art. 71 bis, comma 3, lettera d) della l.r. 40/2005 e successive modificazioni, riferite alle attività socioassistenziali, le SdS hanno scelto tra le diverse possibilità di gestione previste dalla normativa:

- diciotto SdS hanno scelto la forma diretta;
- cinque SdS hanno scelto la convenzione con l'Azienda Usl;
- quattro SdS non hanno ancora definito la forma di gestione a regime;
- una SdS ha scelto di avvalersi del soggetto gestore istituito prima del 01/01/2008;
- sedici SdS hanno invece definito modalità gestionali attraverso attivazione graduale delle funzioni

<b>Gradualità delle funzioni di gestione</b>	<b>Dal 1/1/2010</b>	<b>Entro sei mesi</b>	<b>Entro nove mesi</b>	<b>Entro un anno</b>	<b>Entro due anni</b>	<b>Fino al PSSIR</b>
Forma Diretta	2	4	1	2	1	1
Convenzione Asl				1		1
Attuali forme di gestione				2		1

### **3. Assetto organizzativo**

- Tutte le SdS hanno definito il rapporto col personale secondo quanto previsto dalla norma, la correlazione con l'Ufficio di direzione zonale e previsto l'apposito regolamento di organizzazione;
- quattordici SdS hanno previsto strutture operative di staff, o un ufficio di piano, per le funzioni amministrative, il supporto agli organi e le attività di programmazione;
- tutte le SdS hanno stabilito il proprio sistema contabile secondo le previsioni di legge e hanno indicato le fonti di finanziamento del consorzio;
- tutte le SdS hanno previsto il "Controllo di gestione", una parte delle SdS ha previsto anche altri sistemi di controllo e valutazione;
- diciotto SdS hanno previsto il sistema informativo;
- dieci SdS hanno previsto il nucleo di valutazione.

#### **4. Partecipazione**

Tutte le SdS hanno previsto l'attivazione delle forme di partecipazione: il Comitato e la Consulta. Ventidue SdS hanno fatto riferimento diretto anche alle "Agorà della Salute".

Nel complesso ed in estrema sintesi, si può evincere dall'attuale processo in corso di costituzione delle Società della Salute un obiettivo ruolo strutturale che esse assumono, sia nel quadro istituzionale che dal punto di vista operativo, nel perseguimento degli obiettivi di politica sociosanitaria. In effetti è possibile ormai riflettere non più in termini di sperimentazione *tout a court*, ma di processo di costituzione di un vero e proprio "sistema". Le Sds nella dimensione e nella diffusione attuale si avviano pertanto ad operare stabilmente per rispettare la *ratio istitutiva*, in quanto esse sorgono per sviluppare la piena integrazione delle attività sanitarie e socio assistenziali e per assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale. Anche dal punto di vista metodologico è possibile riconoscere, fin da questa prima fase di stabilizzazione, il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo Settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione.

# Capitolo 4 – La spesa sociale

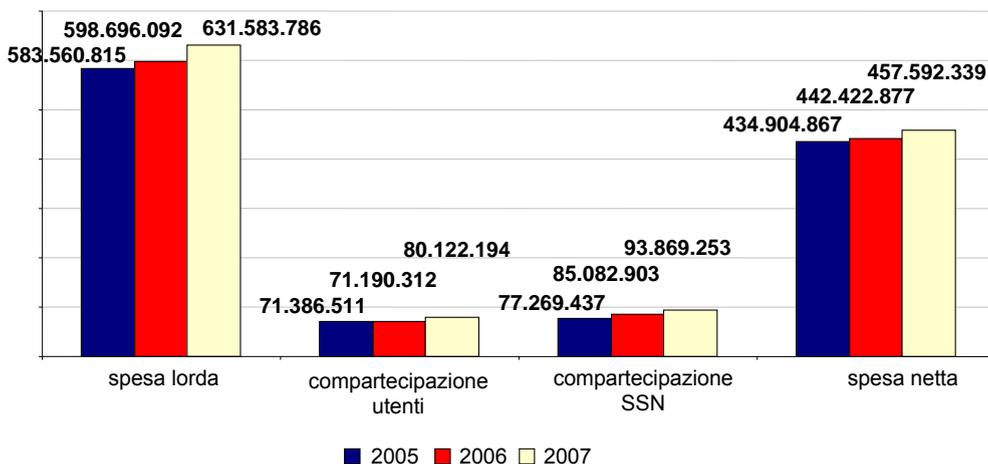
## 4.1 La spesa sociale dei Comuni

L'assistenza sociale, come d'altra parte molti degli interventi riconducibili allo stato sociale, continua a subire trasformazioni e "allargamenti" connessi all'evoluzione dell'ambiente sociale, sempre più caratterizzato da una crescita della domanda di cura, un aumento nell'articolazione dei bisogni e nella loro strutturazione. Si ha talvolta difficoltà a definire con precisione i confini del settore, dal momento che esso è caratterizzato da prestazioni spesso trasversali e confinanti con altri interventi quali, ad esempio, quelli delle politiche sanitarie, dell'istruzione e delle politiche abitative.

Tenuto conto di queste considerazioni, per quanto riguarda l'aspetto economico i dati<sup>14</sup> nel triennio 2005-2007 indicano una spesa sociale che ha complessivamente avuto un andamento crescente (Figura 4.1) sia in termini di spesa lorda sia nelle sue componenti (compartecipazione utenti, compartecipazione SSN e spesa netta). In termini percentuali questi incrementi si sono tradotti in valori che sono andati dal 5,2% della spesa netta al 8,2% di quella lorda, al 12,2% nella compartecipazione degli utenti e al 21,5% per quanto riguarda la compartecipazione del Servizio Sanitario Nazionale.

**Figura 4.1**

*Spesa sociale nel triennio 2005-2007 suddivisa per tipologia - valori assoluti*



Fonte: *Rilevazione sugli interventi e i servizi dei Comuni singoli o associati*, Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

<sup>14</sup> I dati ai quali si fa riferimento nel presente capitolo sono riferiti a rilevazioni validate Istat per gli anni 2005 e 2006, mentre fanno riferimento a dati di fonte amministrativa per l'anno 2007. Per l'anno 2007, inoltre, ritenuto il dato fortemente sottostimato per quanto riguarda la zona socio sanitaria delle Colline Metallifere, si è optato per una sua sostituzione con il corrispondente dato 2006, più aderente alla spesa stimata.

Questi dati inoltre, se confrontati con la spesa nazionale, collocano la Toscana al 6° posto tra le regioni che sostengono una maggiore spesa sociale in termini assoluti in riferimento all'anno 2006 e nettamente sopra la media nazionale per quanto riguarda la spesa pro-capite (Tabella 4.1). In riferimento a questo ultimo dato la Toscana nel confronto con le altre regioni italiane si colloca all'8° posto. Se tuttavia si considera che le prime 5 posizioni della classifica sono occupate da regioni a statuto speciale e province autonome, l'esclusione di tali casi - evidentemente difforni in termini di finanziamento complessivo del sistema - porta la Toscana al 3° posto, preceduta solo dall'Emilia Romagna e dal Piemonte.

**Tabella 4.1**

*Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica. Italia. Anno 2006*

Regione e ripartizione geografica	Spesa <sup>(1)</sup>		Spesa pro-capite <sup>(2)</sup>
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste <sup>(3)</sup>	44.716.821	0,8	359,5
Trento <sup>(5)</sup>	127.836.512	2,1	253,3
Trentino – Alto Adige	232.216.825	3,9	234,6
Bolzano/Bozen <sup>(4)</sup>	104.380.313	1,8	215,1
Friuli - Venezia Giulia	238.837.725	4,0	197,3
Emilia – Romagna	635.147.234	10,7	151,0
Piemonte	557.474.529	9,4	128,2
<b>Toscana</b>	<b>442.422.877</b>	<b>7,4</b>	<b>121,9</b>
Sardegna	198.943.111	3,3	120,0
Lazio	633.964.187	10,6	117,4
Liguria	180.311.559	3,0	112,1
Lombardia	1.049.777.651	17,6	110,4
Veneto	518.622.460	8,7	109,0
Marche	150.485.360	2,5	98,2
Umbria	73.901.501	1,2	84,9
Sicilia	377.663.986	6,3	75,3
Abruzzo	77.806.301	1,3	59,5
Basilicata	29.214.744	0,5	49,3
Puglia	191.907.784	3,2	47,1
Campania	257.401.447	4,3	44,5
Molise	13.228.573	0,2	41,3
Calabria	50.041.323	0,8	25,0
Nord-ovest	1.832.280.560	30,8	117,5
Nord-est	1.624.824.244	27,3	145,6
Centro	1.300.773.925	21,8	113,8

Sud	619.600.172	10,4	44,0
Isole	576.607.097	9,7	86,4
<b>Italia</b>	<b>5.954.085.998</b>	<b>100,0</b>	<b>101,0</b>

<sup>(1)</sup>Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2006, di Comuni e associazioni di Comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>(2)</sup>Rapporto tra spesa e popolazione residente.

<sup>(3)</sup>La Regione Valle d'Aosta, oltre ad avere il ruolo di programmazione delle politiche sociali, contribuisce con la gestione di alcuni interventi ad ampliare l'offerta assistenziale dei Comuni e delle Comunità montane.

<sup>(4)</sup>Nell'indagine la Provincia autonoma di Bolzano è stata considerata come una associazione di Comuni.

<sup>(5)</sup>Nella Provincia autonoma di Trento la rilevazione ha interessato i Comuni e gli enti gestori delle funzioni delegate dalla Provincia autonoma ai Comuni stessi (11 comprensori e i Comuni di Trento e Rovereto). Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia autonoma con apposito Fondo socio-assistenziale.

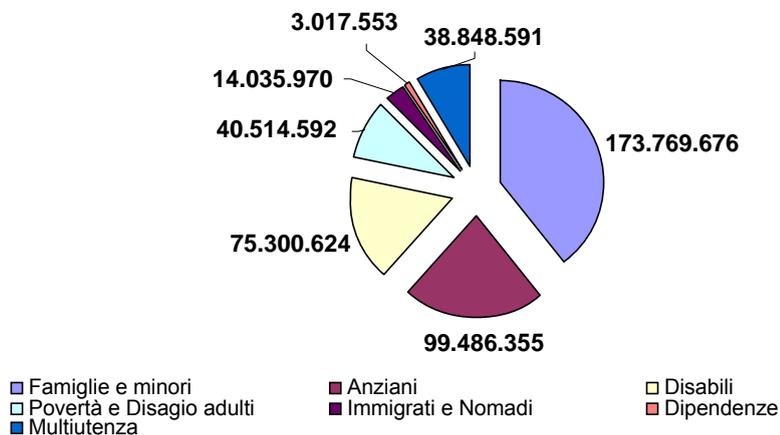
Fonte: Elaborazione su dati Istat, *Rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi dei Comuni singoli o associati anno 2006*

## 4.2 Le principali caratteristiche della spesa pubblica

Nel triennio 2005-2007 la distribuzione della spesa sulle singole aree di utenza ha visto la netta prevalenza degli investimenti nei settori della famiglia e minori (oltre 173 milioni di euro), degli anziani (oltre 99 milioni di euro) e dei disabili (oltre 75 milioni di euro) (Figura 4.2).

**Figura 4.2**

*Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza. Toscana. Media periodo 2005-2007 - valori assoluti*

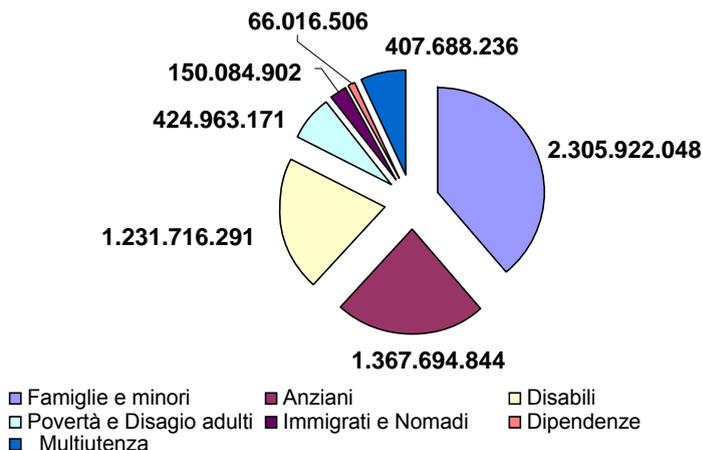


Fonte: Elaborazione su dati Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

Seguono la spesa per la povertà e disagio adulti e per la multiutenza. Tale ripartizione è sostanzialmente in linea con quella registrabile a livello nazionale in base ai dati 2006 riassunti nella Figura 4.3.

**Figura 4.3**

*Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza. Italia. Anno 2006 – valori assoluti*



Fonte: Elaborazione su dati Istat, *Rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi dei Comuni singoli o associati anno 2006*

### 4.3 La spesa sui territori

Sui territori la ripartizione della spesa per singolo individuo si traduce in un quadro riassumibile con quello illustrato dalla Tabella 4.2 per l'anno 2007 a fronte di una media pro-capite regionale che è passata da 121,9 euro del 2006 a 125,1 euro.

**Tabella 4.2**

*Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati per zone socio-sanitarie in Toscana. Anno 2007*

Zona socio sanitaria	Spesa <sup>(1)</sup>		Spesa media pro capite <sup>(2)</sup>
	Valori assoluti (euro)	Valori percentuali	
Alta Val D'Elsa	7.983.400	1,7	129,2
Alta Val di Cecina	2.055.688	0,4	95,0
Amiata Grossetana	1.128.078	0,2	58,3
Amiata Senese	1.154.696	0,3	79,5
Apuane	16.657.740	3,6	110,9
Aretina	11.433.986	2,5	89,5
Bassa Val di Cecina	9.877.525	2,2	122,7
Casentino	3.252.574	0,7	89,0

Colline dell'Albegna	3.451.197	0,8	66,0
Colline Metallifere	2.738.195	0,6	60,3
Elba	2.813.597	0,6	90,0
Empolese	18.954.105	4,1	129,7
Fiorentina Nord Ovest	23.271.833	5,1	111,4
Fiorentina Sud Est	14.606.522	3,2	88,5
Firenze	90.543.207	19,8	247,8
Grossetana	11.000.209	2,4	104,8
Livornese	27.165.177	5,9	153,1
Lunigiana	4.533.482	1,0	88,1
Mugello	7.113.022	1,6	108,1
Piana di Lucca	17.344.300	3,8	108,7
Pisana	25.307.399	5,5	131,8
Pistoiese	17.211.951	3,8	103,6
Pratese	37.411.340	8,2	152,5
Senese	14.408.340	3,1	115,2
Val di Chiana Aretina	5.285.863	1,2	102,8
Val di Chiana Senese	5.283.697	1,2	83,5
Val di Cornia	6.607.284	1,4	112,5
Val di Nievole	10.414.165	2,3	88,0
Val Tiberina	2.921.756	0,6	93,3
Valdarno	7.596.033	1,7	82,0
Valdarno Inferiore	10.736.525	2,3	124,4
Valdera	11.158.533	2,4	96,6
Valle del Serchio	4.374.816	1,0	74,2
Versilia	21.796.104	4,8	131,0
<b>Totale</b>	<b>457.592.339</b>	<b>100,0</b>	<b>125,1</b>

<sup>(1)</sup> Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2007, di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>(2)</sup> Rapporto tra spesa e popolazione residente calcolata come media fra i residenti al 01/01/2007 e al 31/12/2007.

Fonte: *Rilevazione sugli Interventi e i servizi dei Comuni singoli o associati*, Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

Come si può vedere dalla tabella tutte le zone si collocano al di sopra del livello minimo di base di cittadinanza sociale individuato da PISR 2007-2010 in 55 euro pro-capite.

Tali risultati sono stati raggiunti con una ripartizione della spesa per ente gestore che segue quella sintetizzata nella Tabella 4.3.

**Tabella 4.3**

*Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per ente gestore e per zone socio sanitarie in Toscana. Anno 2007 - valori percentuali*

Zona Socio Sanitaria	Ente gestore						Totale
	Comune	Distretto sociale	Comunità montane	Asl	Ambito sociale	Altre Associazioni di Comuni	
Alta Val D'Elsa	43,2	0,0	0,0	0,0	0,0	56,8	100,0
Alta Val di Cecina	35,5	0,0	0,0	64,5	0,0	0,0	100,0
Amiata Grossetana	13,8	0,0	86,2	0,0	0,0	0,0	100,0
Amiata Senese	8,1	0,0	0,0	91,9	0,0	0,0	100,0
Apuane	98,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,9	100,0
Aretina	89,7	4,3	0,0	0,0	0,0	6,0	100,0
Bassa Val di Cecina	49,4	0,0	0,0	50,6	0,0	0,0	100,0
Casentino	31,1	0,0	68,9	0,0	0,0	0,0	100,0
Colline dell'Albegna	48,0	0,0	0,0	52,0	0,0	0,0	100,0
Colline Metallifere	37,7	0,0	0,3	0,0	0,0	62,0	100,0
Elba	62,6	0,0	0,0	37,4	0,0	0,0	100,0
Empolese	56,0	0,0	0,0	43,3	0,7	0,0	100,0
Fiorentina Nord Ovest	76,1	0,0	0,0	23,9	0,0	0,0	100,0
Fiorentina Sud Est	73,9	0,0	0,0	5,8	0,0	20,4	100,0
Firenze	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	100,0
Grossetana	55,4	0,0	0,0	0,0	0,0	44,6	100,0
Livornese	43,6	0,0	0,0	0,0	0,0	56,4	100,0
Lunigiana	16,0	0,0	0,0	84,0	0,0	0,0	100,0
Mugello	52,3	0,0	9,1	0,0	0,0	38,6	100,0
Piana di Lucca	95,6	0,0	0,0	3,2	1,1	0,0	100,0
Pisana	38,1	0,0	0,0	61,9	0,0	0,0	100,0
Pistoiese	50,8	0,0	0,0	0,0	48,5	0,8	100,0
Pratese	70,2	0,0	0,0	29,7	0,0	0,1	100,0
Senese	81,2	0,0	0,0	18,3	0,0	0,5	100,0
Val di Chiana Aretina	90,1	5,2	0,0	4,6	0,0	0,0	100,0

Val di Chiana Senese	59,0	0,0	0,2	40,8	0,0	0,0	100,0
Val di Cornia	58,7	0,0	0,0	41,3	0,0	0,0	100,0
Val di Nievole	40,9	0,0	0,0	59,1	0,0	0,0	100,0
Val Tiberina	40,4	0,0	29,8	29,8	0,0	0,0	100,0
Valdarno	79,5	0,0	0,0	10,5	0,0	10,0	100,0
Valdarno Inferiore	56,7	0,0	0,0	5,1	0,0	38,2	100,0
Valdera	53,8	0,0	0,0	0,0	0,0	46,2	100,0
Valle del Serchio	31,1	0,0	0,0	57,9	0,0	11,0	100,0
Versilia	96,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>70,7</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>16,4</b>	<b>1,9</b>	<b>9,8</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Rilevazione sugli interventi e i servizi dei Comuni singoli o associati, Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

Dai dati riportati si evince come a livello regionale oltre il 70% della spesa sociale complessiva per l'anno 2007 sia stata sostenuta dai Comuni, seguiti dalle ASL e dalle altre Associazioni di Comuni, ma la situazione si presenta come profondamente difforme sul territorio. A fronte di situazioni dove la quasi totalità della spesa sociale è sostenuta dai Comuni in conformità con la situazione regionale complessiva (vedi ad esempio la situazione della Versilia, della Val di Chiana Aretina o della Piana di Lucca), si hanno le situazioni territoriali dove sono presenti Comunità montane (Amiata grossetana e Casentino) che sostengono la quasi totalità della spesa sociale. Altri contesti vedono le ASL presenti in prima fila per il sostegno alla spesa sociale (Lunigiana, Alta Val di Cecina, Pisana). Le "altre Associazioni di Comuni" hanno invece un ruolo preminente in zone come l'Alta Val d'Elsa, la Livornese, le Colline metallifere o anche la Valdera, mentre caso assolutamente unico sul panorama regionale è rappresentato dalla zona pistoiese, dove quasi il 50% della spesa è sostenuto dall'ambito sociale.

Per quanto riguarda la ripartizione della spesa, nel periodo 2005-2007 vi è stato un sostanziale equilibrio tra gli interventi e servizi (35,5%), le strutture (37%) e i trasferimenti in denaro (27,6%).

# Capitolo 5 - Il Terzo Settore e il volontariato

## 5.1 Uno sguardo “altro” rispetto all’economia di mercato

Vario e composito è lo scenario dei soggetti del Terzo Settore che operano all'interno del contesto toscano. Ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 41/2005 sono infatti considerati soggetti del Terzo Settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 (“Istituzione dell’albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l’iscrizione”), gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, gli altri soggetti privati non a scopo di lucro. A questi si aggiunge poi l’ampia rappresentanza civile raccolta intorno all’associazionismo informale, familiare e amicale non necessariamente strutturato in forme chiare e normativamente determinate.

La numerosità dei soggetti afferenti al Terzo Settore si evince anche da una prima analisi dei dati relativi ai soggetti iscritti ai registri regionali (volontariato, promozione sociale e cooperazione sociale) secondo i quali, al settembre 2009, i soggetti presenti sul territorio della nostra regione erano complessivamente 4.752 (Tabella 5.1), distribuiti in maniera disomogenea sul territorio (Tabella 5.2).

**Tabella 5.1**

*Associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali per provincia al settembre 2009 e rapporto sulla popolazione. Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali – valori assoluti e percentuali*

Provincia	Associazioni di promozione sociale		Organizzazioni di volontariato		Cooperative sociali		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
Massa e Carrara	137	46,76%	132	45,05%	24	8,19%	293	6,17%
Arezzo	120	29,78%	228	56,58%	55	13,65%	403	8,48%
Grosseto	52	20,31%	174	67,97%	30	11,72%	256	5,39%
Livorno	165	35,79%	253	54,88%	43	9,33%	461	9,70%
Pistoia	145	36,25%	207	51,75%	48	12,00%	400	8,42%
Pisa	292	47,48%	275	44,72%	48	7,80%	615	12,94%
Prato	73	32,88%	111	50,00%	38	17,12%	222	4,67%
Siena	90	20,36%	303	68,55%	49	11,09%	442	9,30%
Firenze	336	31,70%	587	55,38%	137	12,92%	1.060	22,31%
Lucca	141	23,50%	399	66,50%	60	10,00%	600	12,63%
<b>Toscana</b>	<b>1.551</b>	<b>32,64%</b>	<b>2.669</b>	<b>56,17%</b>	<b>532</b>	<b>11,20%</b>	<b>4.752</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Elaborazione su dati Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

**Tabella 5.2**

*Associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali per zona socio sanitaria al settembre 2009. Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali – valori assoluti e percentuali*

Zona socio-sanitaria	Associazioni di promozione sociale		Organizzazioni di volontariato		Cooperative sociali		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
della Lunigiana	9	16,67%	39	72,22%	6	11,11%	54	1,14%
della Val di Nievole	36	26,67%	86	63,70%	13	9,63%	135	2,84%
della Valle del Serchio	17	17,53%	77	79,38%	3	3,09%	97	2,04%
Fiorentina Nord-Ovest	41	28,08%	86	58,90%	19	13,01%	146	3,07%
Aretina	60	35,29%	79	46,47%	31	18,24%	170	3,58%
Empolese	24	20,17%	75	63,03%	20	16,81%	119	2,50%
Livornese	99	40,24%	129	52,44%	18	7,32%	246	5,18%
Del Valdarno	36	36,36%	58	58,59%	5	5,05%	99	2,08%
delle Colline dell'Albegna	3	8,82%	28	82,35%	3	8,82%	34	0,72%
della Val di Cornia	24	33,80%	43	60,56%	4	5,63%	71	1,49%
Pratese	73	32,88%	111	50,00%	38	17,12%	222	4,67%
della Versilia	19	11,73%	124	76,54%	19	11,73%	162	3,41%
Pisana	178	55,62%	118	36,88%	24	7,50%	320	6,73%
delle Apuane	128	53,56%	93	38,91%	18	7,53%	239	5,03%
Pistoiese	109	41,13%	121	45,66%	35	13,21%	265	5,58%
del Mugello	18	21,43%	51	60,71%	15	17,86%	84	1,77%
Dell'Elba	8	17,02%	30	63,83%	9	19,15%	47	0,99%
della Val di Chiana Aretina	7	14,00%	36	72,00%	7	14,00%	50	1,05%
Grossetana	38	25,85%	94	63,95%	15	10,20%	147	3,09%
della Bassa Val di Cecina	36	33,03%	61	55,96%	12	11,01%	109	2,29%
della Val di Chiana Senese	18	21,69%	59	71,08%	6	7,23%	83	1,75%

Dell'Amiata Senese	2	8,00%	18	72%	5	20,00%	25	0,53%
Dell'Alta Val di Cecina	21	45,65%	22	47,83%	3	6,52%	46	0,97%
della Piana di Lucca	105	30,79%	198	58,06%	38	11,14%	341	7,18%
Fiorentina Sud-Est	32	26,23%	82	67,21%	8	6,56%	122	2,57%
della Val d'Era	59	35,54%	90	54,22%	17	10,24%	166	3,49%
Senese	56	21,29%	178	67,68%	29	11,03%	263	5,53%
del Casentino	12	22,22%	35	64,81%	7	12,96%	54	1,14%
dell'Amiata Grossetana	8	25,00%	19	59,38%	5	15,62%	32	0,67%
del Valdarno Inferiore	36	42,35%	42	49,41%	7	8,24%	85	1,79%
delle Colline Metallifere	3	6,98%	33	76,74%	7	16,28%	43	0,90%
dell'Alta Val d'Elsa	14	19,72%	48	67,61%	9	12,68%	71	1,49%
della Val Tiberina	5	16,67%	20	66,67%	5	16,67%	30	0,63%
Firenze	217	37,74%	286	49,74%	72	12,52%	575	12,10%
<b>Toscana</b>	<b>1.551</b>	<b>32,64%</b>	<b>2.669</b>	<b>56,17%</b>	<b>532</b>	<b>11,20%</b>	<b>4.752</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborazione su dati Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

Interessante è inoltre notare come l'incidenza dei soggetti di Terzo Settore iscritti ai registri regionali rispetto alla popolazione sia maggiore in alcune province come Siena, Lucca e Pisa anche rispetto alla media regionale (Tabella 5.3).

**Tabella 5.3**

*Incidenza delle Associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali sulla popolazione provinciale e regionale*

Provincia	Numero soggetti <sup>1</sup>	Popolazione residente <sup>2</sup>	Incidenza percentuale su popolazione residente
Massa e Carrara	293	203.746	0,14
Arezzo	403	347.089	0,12
Grosseto	256	226.386	0,11
Livorno	461	340.744	0,14
Pistoia	400	291.357	0,14
Pisa	615	412.283	0,15
Prato	222	247.707	0,09

Siena	442	270.333	0,16
Firenze	1.060	989.800	0,11
Lucca	600	390.921	0,15
<b>Toscana</b>	<b>4.752</b>	<b>3.720.366</b>	<b>0,13</b>

<sup>1</sup> Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali al settembre 2009 - Fonte: Regione Toscana , Settore Reti di Solidarietà

<sup>2</sup> Dati a maggio 2009 - Fonte Istat

Questo insieme di soggetti costituisce una ricchezza per il territorio regionale soprattutto per il tratto che lo caratterizza e che costituisce il valore aggiunto rispetto all'economia di mercato: uno "sguardo altro" con il quale il Terzo Settore guarda alla progettazione prima, alla pianificazione poi e infine all'erogazione dei servizi. Questo avviene in particolar modo rispetto al mercato, con il quale il Terzo Settore condivide l'appartenenza al settore privato. All'interno di un sistema economico che segue logiche sempre più indirizzate verso il profitto e la specializzazione, l'orientamento forte dei soggetti del Terzo Settore verso l'assenza di profitto - o comunque il divieto di utilizzare gli utili per scopi altri rispetto al re-investimento nelle attività dell'organizzazione - rappresenta difatti una modalità originale e spesso capace di agire nei contesti con grande efficacia e senso di responsabilità. L'azione radicata sui territori, vicina alle persone ed ai loro bisogni, capace di investire soprattutto laddove non è economicamente redditizio è inoltre valore aggiunto di fondamentale importanza per il settore pubblico. Da questo discende il riconoscimento ai soggetti di Terzo Settore di un ruolo centrale nelle politiche sociali regionali, poiché "concorrono ai processi di programmazione regionale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato"<sup>15</sup>. Questo avviene in funzione delle principali caratteristiche che ne contraddistinguono l'identità, ne orientano l'operatività sui territori e che possono essere individuate principalmente nella capacità di attivare relazioni a forte reciprocità tra i soggetti singoli ed associati, di investire sulle comunità e sui territori e di basare la propria attività in modo fondamentale e caratterizzante su prestazioni di tipo gratuito e volontario.

E' però soprattutto per una caratteristica distintiva del Terzo Settore che questo rappresenta un patrimonio per tutti i territori e le comunità. Il Terzo Settore più di ogni altro ha infatti in sé la tensione ad operare sulle frontiere dei contesti sociali, laddove maggiore è la marginalità ma spesso più impercettibile ed inascoltato il bisogno. Possiede la capacità di lavorare ai limiti di contesti, in situazioni di disagio ambientale, organizzativo e spesso anche gestionale assumendo il rischio di esiti non positivi del proprio operato, di fallimenti dei propri investimenti. Questa caratteristica è allo stesso tempo connaturata nell'essenza del Terzo Settore e ne marca profondamente la differenza dai soggetti che stanno sul mercato con un'ottica eminentemente imprenditoriale. E' infatti grazie alla propria attitudine alla sperimentazione che il Terzo Settore è in grado di rafforzare un'altra delle caratteristiche che lo differenziano in maniera netta dai soggetti di mercato: l'immaginazione, intesa come capacità di figurarsi il futuro degli individui e delle comunità, di proiettarsi in un ignoto diverso dal qui ed ora per mirare alla creatività

<sup>15</sup> Fonte Regione Toscana sito web [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

e all'innovazione a prescindere da una valutazione di quello che potrà essere il "mercato" verso il quale l'intervento andrà ad indirizzarsi. L'attitudine all'assunzione di rischio rappresenta una risorsa per il settore pubblico perché consente di aprire zone di sperimentazione operativa che tengano insieme le esigenze di universalità dell'accesso ai servizi e la copertura di tutti i bisogni, anche quelli più marginali. Inoltre questo elemento rafforza al contempo la relazionalità sui territori, ne sviluppa il capitale sociale grazie all'attenzione precipua alle persone, e - agendo in sinergia anche con le politiche pubbliche - diventa in grado di contenere ed arginare le spinte alla disgregazione sociale e all'individualismo che provengono dall'esterno. Guardando ai territori il Terzo Settore non vede infatti solo spazi di mercato, luoghi dove creare profitto, bensì riserve di risorse alle quali stare vicino (prossimità) per creare sinergie da valorizzare e potenziare, dalle quale trarre linfa vitale ed energie.

## **5.2 Il valore sociale aggiunto del Terzo Settore toscano**

Da tempo a livello nazionale ed europeo si sta rafforzando come tema di discussione, di confronto e di studio la prospettiva tesa ad identificare prima e misurare poi quello che è definito "il valore sociale aggiunto" del Terzo Settore, ovvero quell'apporto distintivo che solo il Terzo Settore è in grado di infondere alla propria operatività ed ai servizi che eroga sui territori.

Anche a livello regionale si stanno sviluppando percorsi che si concentrano su questi temi, al fine di individuare e misurare il valore sociale aggiunto che il Terzo Settore toscano è in grado di apportare ai servizi che eroga e di lasciare come esito del proprio operato sul territorio. E' infatti da tempo riconosciuto come le caratteristiche precipue di questo settore siano particolarmente in grado non solo di identificarlo in maniera chiara e di differenziarlo nettamente sia dal primo settore (Stato) che dal secondo (mercato), ma come soprattutto si traducano in un valore aggiunto connesso ai servizi ed ai benefici che questi sono in grado di produrre rispetto agli individui, le comunità e i territori. In parte queste caratteristiche hanno a che fare direttamente con le modalità operative adottate dal settore nella progettazione, programmazione ed erogazione dei servizi, mentre per gran parte sono direttamente connesse all'identità dei soggetti.

Come tratti distintivi<sup>16</sup> del Terzo Settore (d'ora in poi TS) è possibile identificare infatti una generale modalità di relazione con l'ambiente quotidianamente frequentato, mentre altre caratteristiche hanno più precipuamente a che fare con l'identità dei soggetti che al TS appartengono. Una delle dimensioni più esemplificative di questa particolarità è data dall'adozione di modalità organizzative che mirano a creare partecipazione, condivisione, a stimolare il coinvolgimento e l'attivazione sia dei soggetti già interni alle organizzazioni che esterni, in una prospettiva di democrazia che promuove spazi e luoghi di partecipazione. Se questo all'interno dei contesti organizzativi si traduce nei processi operativi, nella definizione dei ruoli, nella strutturazione delle procedure e dei metodi di lavoro, fino all'organizzazione e gestione delle riunioni, delle assemblee e in generale delle occasioni di coinvolgimento affinché siano in grado di produrre partecipazione

---

<sup>16</sup> Per un approfondimento di questi temi si veda Volterrani A., Tola P., Bilotti A., 2009, *Il gusto del volontariato*, Exorma edizioni, Roma.

alla vita organizzativa, all'esterno si traduce in azioni in grado di valorizzare la capacità di ascoltare ogni destinatario, tenendo conto della sua diversità, delle sue caratteristiche dentro e fuori dal sistema di fruizione dei servizi erogati. Questo orientamento è particolarmente favorito dalla tipologia di servizi del TS, in generale non solo finalizzati alla copertura del bisogno manifesto ma in grado di muoversi alla scoperta delle sue trasformazioni, dei suoi mutamenti e soprattutto dell'eventuale bisogno inespresso perché difficilmente definibile a volte dagli stessi soggetti che ne sono portatori. A questi soggetti il TS si rivolge non nella veste di "portatori di disagio" ma con la finalità di creare interventi e supporti in grado di ricostruirne l'identità di cittadini attivi, di mettere al centro la promozione e l'autodeterminazione delle persone e dei gruppi. E' per questo che il TS non si interfaccia con "utenti" ma con "persone", "individui", "comunità", anche laddove questi termini hanno bisogno di essere nuovamente riempiti di contenuti e resi vivi e attivi. Si tratta di una prospettiva di *empowerment* che, agendo trasversalmente come ottica che determina la progettazione, la programmazione e l'erogazione dei servizi, diventa allo stesso tempo elemento centrale nell'operato quotidiano delle organizzazioni e sguardo sul mondo che impone di mettere l'individuo al centro dei percorsi, di investire su di lui e sul potenziamento delle sue capacità di decisione e di azione, nonché sul suo patrimonio di relazioni sociali, che si cerca di riprodurre e rafforzare. E' infatti dalla riflessione sulle risorse dei territori che nasce una progettualità in grado di essere sostenibile socialmente, rispettosa delle caratteristiche dei contesti e delle persone che in essi sviluppano la propria esistenza, ma anche e allo stesso tempo flessibile, capace di dare risposte veloci grazie anche all'utilizzo di percorsi informali attenti ai bisogni ed alle loro caratteristiche.

Elementi centrali per la realizzazione di questi percorsi sono sicuramente la programmazione e la coprogettazione degli interventi attraverso la messa in rete delle competenze e delle risorse, il privilegiare l'integrazione che favorisce l'elaborazione congiunta di traguardi e percorsi in partnership con tutti i soggetti del territorio. La capacità di creare percorsi di azione sinergici anche con le strutture e gli enti pubblici - rispetto ai quali il TS non si propone in antitesi bensì come soggetto in grado di attivare un ruolo complementare - gioca un ruolo centrale rispetto a questo orientamento. Il principio dell'universalità dell'accesso e dei servizi offerti che caratterizza l'impostazione operativa del TS e che lo pone sulla stessa lunghezza d'onda del servizio pubblico - marcando al contempo ulteriormente la distanza dai soggetti di mercato - fa infatti sì che la possibilità di accedere ai servizi in maniera semplice ed immediata rappresenti un valore aggiunto anche per le stesse strutture pubbliche, dal momento che consente di abbreviare percorsi altrimenti a volte ancora troppo lunghi nella percezione dei cittadini e soprattutto di andare a coprire in maniera efficace i bisogni anche di coloro che non sono ancora considerati appartenenti alla comunità, come ad esempio gli immigrati irregolari o clandestini, o ancora i senza fissa dimora. E' infatti nei confronti di questi soggetti - frequentemente collocati nelle marginalità estreme - che l'operatività del TS diventa aggiuntiva a quella di un settore pubblico spesso oggettivamente impossibilitato all'azione nonostante la conoscenza del bisogno, ed in grado di rappresentare un momento importante di intervento sulla coesione e sul benessere sociale. Quelli che sono terreni di difficile azione per il settore pubblico rappresentano i luoghi quotidiani di impegno dei soggetti di TS, da

presidiare in quell'ottica di gestione della complessità crescente dei territori e dei contesti che caratterizza la governance delle organizzazioni non profit.

Peraltro, questa visione inclusiva e tutta proiettata sulla relazionalità ben si coniuga, nel TS toscano, con concetti importanti come la valutazione della qualità dei propri interventi, la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori e l'investimento sulla produzione di conoscenza, anche attraverso un impegno forte e continuativo sui temi della comunicazione interna ed esterna. La prima caratteristica ha a che fare con la costruzione condivisa e partecipata di sistemi di valutazione della qualità dei progetti e dei servizi offerti che consente di trasformare l'esperienza in conoscenza dalla quale apprendere per migliorare continuamente e per rimettersi in gioco con rinnovato slancio<sup>17</sup>. La seconda ha invece a che fare con l'apprendimento continuo che investe sul bagaglio di conoscenze e competenze degli operatori e lo rende capitale da diffondere all'interno dell'organizzazione, da mettere in comune per diventare esperienza condivisa sulla quale costruire servizi continui, certi, in grado di sviluppare qualità prestando al contempo attenzione alle tensioni e allo stress cui gli operatori possono essere sottoposti nell'erogarli. Un clima di questo genere, dove si apprende continuamente dall'esperienza propria ed altrui, la si condivide, e la si somma ad approfondite e partecipate indagini sulla qualità dei servizi prestati fa sì che al centro del contesto organizzativo possa essere messo quel capitale immateriale di informazioni, nozioni e pratiche in grado di supportare sia l'elaborazione teorica che la realizzazione dei servizi per metterle al servizio di un contesto sociale in continuo cambiamento e di sempre crescente complessità.

### 5.3 Il volontariato

Aggiungere alle dimensioni fin qui individuate come precipue dei soggetti del TS un'altra caratteristica, la gratuità, significa mettere l'accento su un soggetto in particolare all'interno del settore non profit: il volontariato. Se i valori della gratuità e del dono attraversano trasversalmente tutto il TS, è all'interno di questa particolare tipologia di soggetti che diventa elemento discriminante e distintivo. Secondo la legge 266/2001 (Legge quadro sul volontariato) art. 3 comma 1, infatti "È considerato organizzazione di volontariato ogni organismo liberamente costituita al fine di svolgere l'attività di cui all'articolo 2, che si avvalga in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti.". E' così che la gratuità diventa non solo antitesi al concetto di profitto, ma si evolve in un'attenzione al carattere disinteressato del servizio e si traduce in attenzione alle spinte e agli obiettivi di ognuno, diventa il fulcro della motivazione all'impegno e all'azione. Diventa inoltre patrimonio dei territori e delle comunità nel momento in cui riesce a dare vita a quei "beni relazionali"<sup>18</sup>, in grado di mettere al centro

---

<sup>17</sup> Per un approfondimento rispetto al tema della valutazione della qualità nel Terzo Settore, oltre al già citato testo di Volterrani A., Tola P., Bilotti A., si veda anche Volterrani A., (a cura di), 2004, *La qualità di valore*, Protagon editore, Siena; Bilotti A., Tola P., Nasi L., Volterrani A., 2009, *La valutazione di impatto sociale per i progetti delle associazioni di volontariato*, 2009, Quaderno Cesvot n. 43, Firenze e Cardone, A. (a cura di), 2009, *Progetto Standard di qualità sociale per le associazioni di volontariato*, Università del Terzo Settore in collaborazione con Università degli Studi di Siena, con il contributo di Fondazione Monte dei Paschi di Siena e Cesvot.

<sup>18</sup> Per un approfondimento sul tema si veda Donati, P., 2005, *Scelte solidali*, Il Mulino, Bologna.

dell'azione il concetto di dono e di reciprocità, di mutuo scambio tra operatori e cittadini che crea legami e identità collettiva.

Secondo i dati riferibili al settembre 2009, sono complessivamente 2.669 le associazioni di volontariato iscritte nei registri regionale e provinciali, e questo fa sì che il volontariato si confermi come il soggetto maggiormente presente sul territorio toscano tra quelli del TS (Tabella 5.4). Se si considerano invece anche le associazioni non iscritte al registro regionale, il totale arriva a superare 3.600 organizzazioni, collocando la Toscana come seconda tra le regioni italiane più ricche di volontariato dopo la Lombardia. Il tasso di crescita del settore è stato inoltre costante negli anni, attestandosi attorno al 2-3% annuo circa.

**Tabella 5.4**

*Incidenza delle associazioni di volontariato sulla popolazione provinciale e regionale*

<b>Provincia</b>	<b>Associazioni di volontariato<sup>1</sup></b>	<b>Popolazione residente<sup>2</sup></b>	<b>Incidenza su popolazione residente</b>
Massa e Carrara	132	203.746	0,06
Arezzo	228	347.089	0,07
Grosseto	174	226.386	0,08
Livorno	253	340.744	0,07
Pistoia	207	291.357	0,07
Pisa	275	412.283	0,07
Prato	111	247.707	0,04
Siena	303	270.333	0,11
Firenze	587	989.800	0,06
Lucca	399	390.921	0,10
<b>Toscana</b>	<b>2.669</b>	<b>3.720.366</b>	<b>0,07</b>

<sup>1</sup> Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali al settembre 2009 - Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

<sup>2</sup> Dati al 31 maggio 2009 - Fonte Istat

Per quanto riguarda la tipologia di attività svolta dalle associazioni di volontariato si rileva come la maggior concentrazione si realizzi nel settore sanitario, seguito a breve distanza dal settore sociale (Tabella 5.5). Questi due, sommati al settore socio-sanitario, complessivamente raccolgono il 77,1% delle associazioni presenti sul territorio regionale. Il settore culturale rappresenta invece l'attività prevalente per quasi il 9% delle associazioni, seguito dal settore della protezione civile e da quello ambientale. Tali dati sono particolarmente rilevanti se proiettati sul panorama nazionale, dal momento che le associazioni toscane rappresentano il 16% e il 13% di quelle operanti rispettivamente nel settore culturale e della tutela ambientale a livello italiano. Hanno invece una rappresentanza sensibilmente inferiore i settori del volontariato internazionale e della tutela e promozione dei diritti, ai quali si dedicano come prima attività complessivamente il 3,6% delle associazioni.

**Tabella 5.5**

*Settore di attività prevalente delle associazioni di volontariato al settembre 2009 - valori assoluti e percentuali*

Settore di attività prevalente	Associazioni	
	Valori assoluti	Valori percentuali
Sanitario	985	36,9%
Sociale	885	33,2%
Culturale	232	8,7%
Socio-sanitario	186	7,0%
Protezione civile	144	5,4%
Ambientale	140	5,2%
Volontariato internazionale	65	2,4%
Tutela e promozione dei diritti	32	1,2%
<b>Totale</b>	<b>2.669</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

Tra i segnali della maturazione ed evoluzione del contesto associativo toscano possiamo collocare i risultati di una recente indagine promossa dal Ce.S.Vo.T (Centro servizi volontariato Toscana)<sup>19</sup>, secondo la quale sempre meno organizzazioni hanno problemi di individuazione di una sede operativa di lavoro, segno di un miglioramento nella stabilità strutturale, ed è sempre più presente una significativa articolazione interna delle funzioni, a testimonianza del fatto che il volontariato realizza attività sempre più complesse e si adopera per farlo con qualità e continuità.

Il profilo prevalente del volontario è connotato dall'essere maschio, adulto, con titolo di istruzione medio – alto e occupato. Tra gli adulti che si dedicano al volontariato (25 – 64 anni), infatti, prevalgono gli occupati, seguiti da coloro che studiano e dalle casalinghe. Assai ridotta è invece la partecipazione dei disoccupati (2,7%). Numerosi sono gli studenti (69%), soprattutto quelli universitari (62%), mentre è in crescita il volontariato degli anziani (oltre i 65 anni di età), che ovviamente sono in larga parte pensionati (88%). Le donne sono prevalenti nelle età giovanili, ma decrescono gradualmente al crescere delle età.

Al volontariato l'Amministrazione Regionale riconosce un ruolo centrale nella progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari. Esso infatti concorre, insieme agli altri soggetti del Terzo Settore, ai processi di programmazione regionale e locale, apportando il proprio fondamentale contributo e costruendo fattivamente l'efficienza e l'efficacia del sistema. In particolare l'operatività delle associazioni toscane prevede una forte diffusione di forme di integrazione con gli enti pubblici rispetto alla gestione di interventi – soprattutto in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario – anche per l'attenzione alla dimensione operativa che caratterizza il volontario toscano: circa il 45% delle organizzazioni di volontariato è convenzionato con il Comune, il 41% con le Aziende USL, senza dimenticare alcune convenzioni con la Regione, le Province e altri enti pubblici. E' in aumento anche la capacità di "fare rete" con altre organizzazioni di volontariato o comunque con altri soggetti del Terzo Settore: fra il 1998 e il 2004 le organizzazioni "collegate" sono passate, in Toscana, dal 60% al 75%, mentre sono cresciuti anche i rapporti con il Centro Servizi Volontariato Toscana.

<sup>19</sup> Salvini A. (a cura di), 2005, *Le trasformazioni del volontariato in Toscana 2° rapporto di indagine*, Quaderni Cesvot n. 27, Firenze.

Infine, dal punto di vista economico si rileva come, secondo una ricerca dell'Università di Firenze<sup>20</sup> che ha preso in considerazione 1.748 bilanci di associazioni di volontariato del territorio toscano relativi all'anno 2005, il settore del volontariato sia stato in grado di raccogliere entrate e proventi per complessivi 289 milioni di euro, cui hanno fatto seguito 31 milioni di euro in termini di avanzo di gestione a fronte di uscite ed oneri per 258 milioni di euro. Di questi il 54% dei componenti positivi proviene da fonti private, mentre il 46% ha origine da fonti pubbliche (con forti differenziazioni fra le singole province) di cui l'83% per beni e servizi erogati e il 14% per contributi. Questo, se da una parte fa sì che le contribuzioni private trovino un certo equilibrio fra componente operativa (per servizi) e da fund raising - segno che si ricorre alle organizzazioni di volontariato sia per avere servizi, sia nell'ottica di "donare" – dall'altra parte evidenzia come si mantenga forte con il soggetto pubblico la tradizione toscana della stretta collaborazione nella realizzazione dei servizi di welfare.

## 5.4 La promozione sociale

Le associazioni di promozione sociale sono nate in tempi relativamente recenti ad opera della l. 383/2000, che definisce di promozione sociale "le associazioni riconosciute e non riconosciute, i movimenti, i gruppi e i loro coordinamenti o federazioni costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati." (art. 2 comma 1). Caratteristica che differenzia fortemente l'associazionismo di promozione sociale dall'associazionismo di volontariato è la possibilità "in caso di particolare necessità, [di] assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo, anche ricorrendo a propri associati" (art. 189 comma 2). Si tratta quindi di soggetti organizzati che, per lo svolgimento delle proprie attività, possono fare riferimento anche ai propri soci retribuendone le prestazioni. E' tuttavia necessario che il ricorso a questa modalità sia residuale rispetto allo svolgimento dell'attività complessiva dell'organizzazione – che deve invece essere realizzata ad opera degli associati che prestano la propria opera "in forma volontaria, libera e gratuita dai propri associati per il perseguimento dei fini istituzionali" (art. 18 comma 1).

La Regione Toscana ha successivamente approvato un'ulteriore regolamentazione delle associazioni di promozione sociale con la l.r. 42/2002 nella quale si specificano gli ambiti d'azione all'interno dei quali le associazioni di promozione sociale possono svolgere la propria attività. Se infatti "Sono considerate associazioni di promozione sociale le associazioni, riconosciute o non riconosciute, i movimenti e i gruppi con i requisiti di cui all' articolo 8 , costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale, a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati." (art. 2 comma 1) "Per attività di utilità sociale si intendono le attività tese al conseguimento di finalità di valenza collettiva, espletate nei settori: ambientale- turistico, culturale- educativo e di

---

<sup>20</sup> Bagnoli L. (a cura di), 2007, *La lettura dei bilanci delle Organizzazioni di Volontariato toscane nel biennio 2004-2005*, Florence University Press, Firenze.

ricerca etica e spirituale, sociale, sociosanitario, sanitario, sportivo-ricreativo, della tutela dei diritti.” (art. 2 comma 2). Nella stessa legge si sancisce inoltre l'impossibilità per le associazioni di promozione sociale di essere contemporaneamente iscritte sia al registro regionale delle associazioni di volontariato che a quello appositamente istituito per le associazioni di cui alla l. 383/2000 (art. 10 comma 2), elemento che marca ulteriormente sia la differenza che la specificità sia dei soggetti che fanno riferimento alla legge 626/1991 che di quelli che fanno invece riferimento alla legge sulla “Disciplina delle associazioni di promozione sociale”.

Il fenomeno dell'associazionismo di promozione sociale ha una notevole rilevanza sul territorio della regione Toscana, così come è possibile evincere sia dai dati già presentati che da quelli sotto illustrati. Le associazioni di promozione sociale sono infatti, in termini quantitativi, il secondo tra i soggetti di TS per i quali si prevede l'iscrizione a registri regionali e sono presenti in tutti i contesti provinciali, anche se con pesi diversi sul totale della popolazione.

**Tabella 5.6**

*Incidenza delle associazioni di promozione sociale sulla popolazione provinciale e regionale – valori assoluti e percentuali*

<b>Provincia</b>	<b>Associazioni di promozione sociale<sup>1</sup></b>	<b>Popolazione residente<sup>2</sup></b>	<b>Incidenza su popolazione residente</b>
Massa e Carrara	137	203.746	0,07
Arezzo	120	347.089	0,03
Grosseto	52	226.386	0,02
Livorno	165	340.744	0,05
Pistoia	145	291.357	0,05
Pisa	292	412.283	0,07
Prato	73	247.707	0,03
Siena	90	270.333	0,03
Firenze	336	989.800	0,03
Lucca	141	390.921	0,04
<b>Toscana</b>	<b>1.551</b>	<b>3.720.366</b>	<b>0,04</b>

<sup>1</sup> Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali al settembre 2009 - Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

<sup>2</sup> Dati al 31 maggio 2009 - Fonte Istat

Altrettanto articolata è la distribuzione dei soggetti associativi rispetto ai settori d'azione. Come si può infatti notare dalla Tabella 5.7, il numero maggiore di associazioni in termini assoluti si registra nel settore culturale, educativo e di ricerca etica e spirituale, seguito dal settore sportivo e ricreativo (26%) e poi da quello sociale (20%). Molto inferiore è il numero delle associazioni che si occupano di attività nel settore sanitario o socio-sanitario, che occupano quantitativamente le ultime posizioni della classifica.

**Tabella 5.7**

*Settore di attività prevalente delle associazioni di promozione sociale al settembre 2009- valori assoluti e percentuali*

<b>Settore di attività prevalente</b>	<b>Associazioni</b>	
	<b>Valori assoluti</b>	<b>Valori percentuali</b>
Sanitario	12	0,77
Sociale	304	19,60
Socio-sanitario	20	1,29
Culturale educativo e di ricerca etica e spirituale	705	45,45
Ambientale-turistico	64	4,13
Tutela dei diritti	45	2,90
Sportivo ricreativo	401	25,85
<b>Totale</b>	<b>1.551</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

## 5.5 La cooperazione sociale

La cooperazione sociale rappresenta ormai, sia a livello nazionale che regionale<sup>21</sup>, un fenomeno consolidato nell'ambito del TS e più in generale del sistema di welfare. Nate in seguito ai movimenti di volontariato sociale degli anni Settanta, trovano nel 1991 regolamentazione nazionale con la legge 381 ("Disciplina delle cooperative sociali"), che le definisce come soggetti che "hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi; b) lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate" (art. 1 comma 1). Da qui la categorizzazione dei soggetti della cooperazione sociale in cooperative "di tipo A", "di tipo B" e, successivamente, "di tipo misto" ad individuare quei soggetti che, per la loro quotidiana attività, si collocano a metà tra il settore "A" e il "B" e le cooperative di tipo "C", ovvero i consorzi di cooperative (vedi Tabella 11.9). Le cooperative si distinguono dagli altri soggetti di TS per la struttura di tipo imprenditoriale della quale si dotano per operare e che marca profondamente la differenza con l'associazionismo sia di promozione sociale che di volontariato. Al contrario di questi, infatti, le cooperative sociali hanno la possibilità (e non l'obbligo derivante dalla propria natura) di avvalersi delle prestazioni gratuite e volontarie di alcuni operatori, purché questi non superino la metà più uno del numero complessivo dei soci. L'orientamento è infatti più marcato sia sulla professionalità degli operatori (soprattutto per le cooperative di tipo "A") che sull'inserimento lavorativo (cooperative di tipo "B"). Questa caratterizzazione segna in maniera ulteriore e netta la complementarità tra i soggetti di TS e li rende particolarmente in grado di integrarsi funzionalmente nella realizzazione del sistema di welfare e dei suoi servizi, rappresentando ricchezze per tutti i territori sui quali operano.

<sup>21</sup> Per un approfondimento della riflessione sulla cooperazione sociale in Toscana si veda Volterrani, A. e Bilotti, A. *Competenze, conoscenze e strategie*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Per quanto riguarda il contesto regionale, la cooperazione sociale ha una presenza diffusa, ancorché minoritaria in termini quantitativi rispetto agli altri due soggetti associativi presi in esame precedentemente (Tabella 5.8). Circa il 26% delle cooperative sociali ha sede nella provincia di Firenze, mentre rapportando il numero delle imprese a quello dei residenti, le concentrazioni più elevate riguardano le province di Siena, Arezzo e Pistoia.

**Tabella 5.8**

*Incidenza delle Cooperative sociali sulla popolazione provinciale e regionale – valori assoluti e percentuali*

<b>Provincia</b>	<b>Cooperative sociali<sup>1</sup></b>	<b>Popolazione residente<sup>2</sup></b>	<b>Incidenza su popolazione residente</b>
Massa e Carrara	24	203.746	0,012
Arezzo	55	347.089	0,016
Grosseto	30	226.386	0,013
Livorno	43	340.744	0,013
Pistoia	48	291.357	0,016
Pisa	48	412.283	0,012
Prato	38	247.707	0,015
Siena	49	270.333	0,018
Firenze	137	989.800	0,014
Lucca	60	390.921	0,015
<b>Toscana</b>	<b>532</b>	<b>3.720.366</b>	<b>0,014</b>

<sup>1</sup> Dati riferiti ai soggetti iscritti ai registri regionali al settembre 2009 – Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

<sup>2</sup> Dati al 31 maggio 2009 - Fonte Istat

Da notare inoltre la sostanziale equa distribuzione dei soggetti cooperativi tra le due principali tipologie, denotanti, come già ricordato, i settori di attività (Tabella 5.9).

**Tabella 5.9**

*Settore di attività prevalente delle associazioni di promozione sociale al settembre 2009- valori assoluti e percentuali*

<b>Tipologia di cooperativa</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>Valori percentuali</b>
A – socio-sanitario e/o educativo	289	54,32
AB -- plurima tipo a + tipo b	1	0,19
B – integrazione lavorativa soggetti svantaggiati	209	39,29
C -- consorzi di cooperative	33	6,20
<b>Totale</b>	<b>532</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di Solidarietà

Rispetto alla tipologia di attività, fra le cooperative di tipo B circa il 10% opera nel settore manifatturiero (in prevalenza produzione piccoli oggetti), il 7% si occupa di

attività di tipo agricolo, quasi 1/5 ha una specializzazione trasversale ai settori. Molto forte è il legame tra cooperative sociali ed enti pubblici. Il 25% delle cooperative sociali che operano in Toscana hanno infatti relazioni stabili con almeno un ente pubblico, mentre circa il 20-30% dichiara di avere in corso rapporti con due o più enti. Per oltre 1/3 delle cooperative di tipo A i committenti sono rappresentati esclusivamente da Comuni e Aziende USL, mentre per le cooperative di tipo B sono relativamente frequenti le commesse provenienti da un gruppo più eterogeneo di enti pubblici (fermo restando che la quota di commesse provenienti dai Comuni resta significativa). Il 36% delle cooperative A si occupa di servizi agli anziani e ai disabili (assistenza domiciliare e in strutture); il 20% si occupa di servizi per l'infanzia (interventi ricreativi ed educativi, gestione asili nido, scuole materne). Circa il 34% delle cooperative di tipo A si occupa di una pluralità di attività (dai servizi per anziani, a quelli per minori, per aree delle marginalità ecc...). L'82% delle cooperative di tipo B eroga servizi generici di manutenzione ambientale, pulizia, mensa, trasporto e simili.

Considerando il tasso di occupazione del settore, la Toscana, con circa 15.000 addetti (10.000 soci lavoratori e 5.000 dipendenti) pesa per circa il 9% del totale nazionale. Si tratta peraltro di un'occupazione prevalentemente femminile, dal momento che oltre l'86% dei soci lavoratori nelle cooperative di tipo A e il 52% in quelle tipo B è costituito da donne. Le persone svantaggiate inserite nel mercato del lavoro sono più di 1.300, pari al 40% dei soci lavoratori delle cooperative di tipo B.

Al 2003 il giro d'affari complessivamente realizzato in Toscana ammonta a circa 217 milioni di euro, prodotti per circa l'80% dalle cooperative sociali di tipo A (pari all'1,9% del valore aggiunto regionale nei settori dei servizi socio-sanitari ed educativi). Rapportando l'ammontare del fatturato al numero delle imprese e degli addetti si ottengono valori di circa 800.000 euro per impresa e 16.000 euro per addetto nel caso delle cooperative di tipo A e di circa 335.000 euro per impresa e 13.500 per addetto nel caso delle cooperative di tipo B. Va però sottolineato che oltre il 55% del giro di affari complessivo risulta prodotto da appena il 10% delle cooperative sociali, mentre il 70% delle cooperative di tipo A e l'85% di quelle di tipo B realizza fatturati piuttosto modesti, non superiori ai 500.000 euro.

Rispetto ai costi, il fattore lavoro risulta la voce più importante e assorbe circa il 74% del fatturato per le cooperative di tipo A e il 68% per le cooperative di tipo B. Al 2003 il capitale sociale complessivamente sottoscritto dalla cooperazione sociale ammonta a poco più di 14 milioni di euro, imputabili per il 75% alla cooperazione di tipo A.



## **Sezione III**

*L'accesso ai servizi, il monitoraggio e la  
valutazione*



# Capitolo 6 - Gli strumenti per l'accesso e la qualità dei servizi

## 6.1 L'indicatore di situazione economica equivalente

Nell'ambito del sistema integrato toscano di interventi e servizi sociali che ha carattere di universalità, la valutazione della situazione economica e patrimoniale dei soggetti<sup>22</sup> è effettuata secondo le modalità previste all'art. 47 della l.r. 41/2005 attraverso lo strumento dell'ISEE<sup>23</sup>.

La l.r. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" ha poi introdotto ulteriori indicazioni per la valutazione della situazione economica e patrimoniale del beneficiario delle prestazioni relative al Fondo stesso. Al fine di incrementare le risposte ai bisogni espressi dai cittadini per l'abbattimento delle liste di attesa in RSA, per l'ampliamento e la qualificazione dei servizi domiciliari, semi-residenziali, residenziali e di sollievo, la Regione Toscana ha infatti operato scelte volte ad attuare un sistema in cui le politiche sociali di assistenza alla popolazione anziana consolidano i legami di solidarietà fra le generazioni e valorizzano il ruolo della famiglia a sostegno delle persone anziane. In questo senso è stato ritenuto determinante lo sviluppo di un sistema pubblico di interventi a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie ed il potenziamento del coordinamento della rete di servizi al fine di facilitare la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita. E' stato inoltre considerato appropriato, nel rispetto del principio di solidarietà all'interno dell'ambito familiare, tenere conto per il calcolo della compartecipazione ai servizi residenziali non solo della situazione economica e patrimoniale dell'assistito ma anche dei parenti in linea diretta di primo grado e del coniuge. Altra scelta di fondo è stata la predisposizione di un sistema di compartecipazione che prevede un'efficace tutela delle fasce economiche più deboli. Peraltro, la stessa l.r. 66/2008 all'articolo 14 prevede l'emanazione di un atto d'indirizzo per definire livelli differenziati di reddito e patrimoniali per la compartecipazione da parte dell'assistito ai costi, non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, delle prestazioni indicate nel progetto di assistenza personalizzato. Tale atto, la cui elaborazione ha comportato un'ampia fase di confronto e condivisione con i soggetti istituzionali coinvolti e con le parti sociali, è stato approvato con delibera della Giunta regionale 385/2009 e trova applicazione sino alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale e al loro finanziamento.

---

<sup>22</sup> La valutazione è finalizzata unicamente a definire l'entità della compartecipazione e non costituisce criterio selettivo per accedere al sistema integrato delle prestazioni o per determinarne l'esclusione.

<sup>23</sup> L'ISEE permette di valutare la situazione economica dei beneficiari delle prestazioni sociali ai fini del calcolo della quota di compartecipazione ai servizi loro spettante. Per meglio valutare l'applicabilità e la funzionalità dello strumento al suo impiego sono stati affiancati un percorso di ricerca teorica realizzato in collaborazione con IRES Toscana sui meccanismi di selezione dei beneficiari e di analisi delle prime esperienze applicative ed un percorso di monitoraggio sullo stato di applicazione dello strumento nei Comuni toscani, con approfondimento specifico per quelli con popolazione superiore ai 40.000 abitanti. Il materiale documentale e i successivi aggiornamenti sono consultabili sul sito dedicato: [www.isetoscana.it](http://www.isetoscana.it).

Al fine del calcolo della compartecipazione, quindi, è stata operata una differenziazione tra servizi di tipo domiciliare e semiresidenziale e servizi residenziali. In quest'ultimo caso, tra i fattori considerati vi è anche l'età del beneficiario (inferiore o superiore ai 65 anni). Il quadro che si viene a delineare è pertanto il seguente: per quanto riguarda i servizi di tipo domiciliare e semiresidenziale, nonché nel caso di servizi residenziali resi a soggetti di età inferiore ai 65 anni, deve essere presa in considerazione esclusivamente la situazione economica e patrimoniale del beneficiario; nel caso di servizi residenziali per soggetti di età superiore ai 65 anni si tiene conto anche della situazione economica e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea diretta di primo grado (figli o genitori) qualora non si riesca a coprire interamente il costo della retta della struttura con la sola disponibilità dell'assistito.

Per effettuare le valutazioni si utilizza lo strumento dell'ISEE estratto.

Nell'atto d'indirizzo vengono stabilite soglie di esenzione totale sotto le quali non è prevista alcuna compartecipazione da parte dell'assistito e soglie di non esenzione oltre le quali è dovuto il 100% del costo della prestazione per i servizi domiciliari e semi-residenziali. Nell'intervallo tra le due soglie, la determinazione della quota di compartecipazione è effettuata attraverso un sistema di scaglioni oppure di calcolo personalizzato tramite un coefficiente di corrispondenza fra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione. Per i servizi residenziali non sono previste soglie di esenzione per il beneficiario in quanto la persona viene presa totalmente in carico dal servizio.

Il quadro che complessivamente si delinea è quindi di innovazione del sistema rispetto a diversi punti di vista. Il primo è rappresentato dalla già citata applicazione all'ISEE estratto dei parenti di primo grado e del coniuge, quando richiesti dalle soglie di esenzione totale dalla compartecipazione tese a tutelare le fasce economicamente più deboli. Il secondo è la considerazione, nel calcolo dell'ISEE estratto, anche degli eventuali soggetti a carico risultanti dalle certificazioni fiscali. Il terzo è rappresentato dalla necessità di tenere conto, solo per il calcolo della compartecipazione per i servizi residenziali, delle indennità di natura previdenziale e assistenziale del solo beneficiario e infine di prevedere la possibilità di presentare una richiesta motivata di adeguamento della quota di compartecipazione in caso di riduzione significativa delle entrate provenienti da redditi da lavoro. A tal proposito, sono state introdotte anche tutele specifiche per il nucleo familiare monoreddito a cui viene a mancare il principale sostenitore economico per il suo ingresso in struttura residenziale.

All'approvazione dell'atto di indirizzo ha inoltre fatto seguito un percorso di confronto che la Regione Toscana ha intrapreso con ANCI, UNCEM e Centri di Assistenza Fiscale per definire modalità condivise di gestione del calcolo dell'ISEE estratto, al fine di rendere omogenee le procedure a livello regionale. A questo scopo è stato predisposto un applicativo online per il calcolo dell'ISEE estratto che viene messo a disposizione gratuitamente degli enti territoriali e dei centri di assistenza fiscale.

## **6.2 Il regolamento sul funzionamento delle strutture**

Il regolamento regionale attuativo dei requisiti che le strutture residenziali e semiresidenziali devono possedere, previsto dall'articolo 62 della legge regionale

41/2005, è stato adottato con il decreto del Presidente della Giunta regionale 26 marzo 2008 n. 15/R. Tale documento si colloca in coerenza con il quadro normativo e regolamentare precedente e punta a consentire il riconoscimento dei soggetti già esistenti e a ridurre il rischio di possibili esclusioni dal sistema. L'innovatività del documento consiste nell'unitarietà che lo caratterizza e che permette di leggere, secondo criteri uniformi e confrontabili, il complesso degli elementi peculiari che investe tutto il sistema nel quale operano le strutture sociali e socio-sanitarie: dai requisiti strutturali e organizzativi ai parametri del personale impiegato, dai requisiti professionali ai livelli di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali, fino alla definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento della Commissione multidisciplinare, organo tecnico di supporto all'attività istruttoria e di vigilanza dei Comuni. Gli aspetti di tipo procedurale vengono invece lasciati all'esclusiva competenza dei Comuni, che hanno autonomia decisionale ed organizzativa, nell'ambito delle linee di indirizzo tracciate a livello regionale.

Entrando nel merito del regolamento, il quadro delle caratteristiche e delle funzioni proprie di ogni categoria di struttura, così come individuata dall'articolo 21 della l.r. 41/2005, si ricava da una lettura integrata che tiene conto degli elementi strutturali, organizzativi e, in particolare, della caratterizzazione degli utenti accolti e della quantità e qualità del personale impiegato; aspetti questi che vanno combinati con la gradazione dell'intensità assistenziale e della complessità organizzativa già presenti in legge e assunte nel regolamento come basi sulle quali modulare i parametri del personale operante nelle strutture. I due parametri sono stati così definiti:

- l'intensità assistenziale è stabilita in base alla complessità dei bisogni dell'utenza e in ordine al mantenimento e allo sviluppo delle capacità relazionali e dell'autonomia personale;
- la complessità organizzativa è determinata dalla relazione fra i bisogni della persona e le risorse professionali, tecnologiche, organizzative e finanziarie da impiegare e dalle modalità di integrazione con i servizi del territorio.

Per le strutture previste all'art. 22 della l.r. 41/2005 - non soggette quindi a rilascio di autorizzazione al funzionamento bensì al solo obbligo di comunicazione di avvio di attività - sono stati considerati i requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni, i requisiti organizzativi specifici e le modalità di integrazione delle persone ospitate nelle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari. In maniera analoga alle strutture soggette al rilascio di autorizzazione al funzionamento, per ognuna delle tipologie indicate all'art. 22 della l.r. 41/2005 (ad eccezione di quelle di carattere sperimentale per le quali la legge regionale rimanda al PISR) sono stati individuati gli utenti accolti, intendendo in tal modo definire la corretta rispondenza tra i bisogni dell'utenza e le caratteristiche delle strutture stesse.

Per quanto riguarda l'ambito di applicazione del regolamento, partendo dal presupposto che le strutture interessate sono quelle non disciplinate dalla legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8, occorre precisare che:

- le strutture di nuova istituzione sono interamente soggette al percorso autorizzativo e ai requisiti stabiliti dal regolamento;
- le strutture in possesso di autorizzazione definitiva sono escluse dal campo di applicazione del regolamento;

- le strutture in possesso di autorizzazione provvisoria (o comunque non ancora in possesso di autorizzazione poiché l'iter autorizzativo è già iniziato ma non concluso) possono portare a termine l'iter autorizzativo secondo la normativa antecedente l'entrata in vigore del regolamento, ma ciò deve avvenire entro il termine massimo di un anno dall'entrata in vigore del medesimo regolamento, così come sancito dall'articolo 63, comma 1, della l.r. 41/2005, così come modificato dall'articolo 6 della legge regionale 12 novembre 2007, n. 57.

Dal punto di vista formale il regolamento si compone di due documenti:

- il primo è un vero e proprio articolato suddiviso in 7 capi e composto da 22 articoli, nel quale vengono trattati gli aspetti generali e trasversali. Sono collocati in questa parte anche gli articoli dedicati ai criteri per la composizione e il funzionamento della Commissione multidisciplinare, alle strutture soggette a comunicazione, alla composizione e alla procedura per la nomina della Commissione regionale per le politiche sociali, nonché ai livelli di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali;
- il secondo è un allegato nel quale per ogni tipologia di struttura residenziale e semiresidenziale sono individuati gli utenti accolti, l'età di ammissione, l'intensità assistenziale e la complessità organizzativa, la capacità ricettiva massima e sono poi elencati i requisiti minimi strutturali, organizzativi e i requisiti minimi professionali, con le quote di addetti per ogni funzione esercitata.

### **6.3 L'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona**

La legge "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato", approvata dalla Consiglio regionale nella seduta del 23 dicembre 2009, si allinea al sistema di regolazione statale del settore sociale integrato e si prefigge l'obiettivo di garantire servizi qualitativamente omogenei sul territorio al fine di dare una risposta adeguata e appropriata ai bisogni assistenziali degli utenti. Fine della proposta di legge è infatti quello di istituire un sistema di accreditamento istituzionale aperto e in grado di garantire il diritto di libera scelta da parte dei destinatari delle prestazioni, anche tramite i titoli per l'acquisto dei servizi. Con l'accreditamento si risponde difatti all'esigenza di operare una selezione degli erogatori dei servizi assistenziali sulla base di un'accertata capacità di soddisfare determinati livelli di assistenza, di realizzare un'offerta di qualità e utilizzare appropriatamente sia le risorse che le modalità di accesso nell'organizzazione della rete dei servizi pubblici, nonché di assicurare il permanere nel tempo dei requisiti richiesti e di agire verso il miglioramento continuo della qualità attraverso percorsi autopromossi. I requisiti per l'accreditamento delle strutture e dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, compresi quelli che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, saranno individuati dalla Regione nel regolamento di attuazione e dovranno attestare il livello ritenuto accettabile perché si possa affermare che il criterio di qualità corrispondente sia garantito. Per l'attivazione di un simile meccanismo, dal 2008 la Regione ha costituito un gruppo di lavoro,

rappresentativo del livello territoriale, per l'individuazione dei requisiti che devono attenersi all'intero processo di produzione, erogazione e fruizione dei servizi e devono riguardare in particolare:

a) per le strutture residenziali e semiresidenziali:

- la gestione del servizio in relazione al sistema organizzativo;
- gli aspetti tecnico-professionali, formativi, quale espressione delle conoscenze, competenze e abilità tecniche e relazionali degli operatori;
- modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori;

b) per i servizi di assistenza domiciliare:

- elementi organizzativi, di professionalità ed esperienza, atti a rispondere ai bisogni di cura della persona nell'ambiente domestico e a valorizzare le competenze degli operatori;
- modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori;

c) per gli altri servizi alla persona:

- elementi organizzativi caratterizzati da elevata capacità di risposta nei tempi e nelle modalità di erogazione dei servizi;
- elementi di competenza professionale e di esperienza socio-assistenziale tali da garantire l'appropriatezza e l'adeguatezza necessarie ad assicurare la gestione di situazioni complesse sia a livello relazionale che per la contestualità di esigenze eterogenee fra loro;
- modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Obiettivo del lavoro è mettere i servizi in condizione non solo di controllare e valutare le qualità organizzative che si intende accreditare, ma anche quelle metodologiche, per assicurare percorsi assistenziali valutabili sia per quanto riguarda l'esito che l'appropriatezza degli interventi tramite l'espressione di giudizi motivati. Allo stato attuale il lavoro ha prodotto schede di sintesi dei requisiti individuati per le varie tipologie di servizi sopra descritti, che entreranno a far parte del regolamento di attuazione della proposta di legge per l'approvazione e la successiva adozione sui territori.

## 6.4 Le professioni sociali

Mettere al centro delle riflessioni sui sistemi di welfare regionali il tema delle professioni sociali è divenuto quanto mai urgente. In questi ultimi anni, infatti, le politiche sociali sono state oggetto di un'intensa produzione normativa sia nazionale che regionale il cui esito ha portato Regioni ed Autonomie locali ad assumere responsabilità importanti rispetto alla pianificazione, alla programmazione, all'implementazione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali locali. All'interno di questo quadro si sta rilevando sempre più necessario ed urgente definire chiaramente i profili, le competenze e i percorsi formativi di operatori e professionisti che costituiscono l'elemento chiave per l'attivazione e il funzionamento - in un sistema di *welfare* in continuo mutamento - di servizi di alto livello qualitativo e rispondenti ai bisogni sempre più complessi dei cittadini. La necessità e l'urgenza di affrontare tale questione è richiesta prima di

tutto dall'esigenza di tutelare gli utenti dei servizi soprattutto in vista di una sempre maggiore esternalizzazione della gestione degli interventi; in secondo luogo, dall'esigenza di tutelare i diritti degli operatori sociali, sia quelli attualmente in servizio che devono poter vedere riconosciuta e accreditata la loro competenza e professionalità anche in mancanza di pregressi percorsi formativi giuridicamente validi, sia degli operatori che intendono intraprendere questo cammino per poter conseguire titoli professionali, regionali o accademici, spendibili su tutto il territorio nazionale e riconosciuti in sede europea. E' richiesta infine dallo stesso sistema di *welfare* affinché si concretizzi la possibilità di collaborazione tra politici, amministratori e professionisti nella costruzione di efficaci politiche sociali<sup>24</sup>. Ad oggi i profili professionali conseguiti a livello universitario sono definiti dallo Stato, pur nel rispetto dell'autonomia universitaria in tema di ordinamenti didattici, ma per quanto riguarda i profili rilasciati a livello regionale la questione è molto più controversa dovendo integrare quanto previsto dall'art. 12 della legge 328/2000 e dalla legge 3/2001. Ciò nonostante, per quanto riguarda la formazione professionale regionale delle figure del sociale non si potrà prescindere da un accordo nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, come è già stato fatto per la definizione del profilo professionale dell'Operatore Socio-Sanitario. Accanto alle tante difficoltà e ai ritardi del legislatore nazionale è necessario inoltre prendere atto che a livello europeo esiste già da tempo una particolare sensibilità e un crescente interesse verso il tema delle professioni e del lavoro nel comparto del sociale<sup>25</sup> e che sul territorio nazionale si stanno delineando alcuni modelli regionali trainanti<sup>26</sup>.

Altra questione che certamente rappresenta oggi un notevole nodo problematico riguarda quali e quanti profili professionali sociali attivare, a chi spetta la loro individuazione e con quale percorso possono essere formati (in questo senso vanno ricordate anche la vasta gamma di azioni formative promosse a livello territoriale che non rientrano nelle qualifiche definite a livello nazionale e/o locale ma che rilasciano attestati di cui gli operatori impiegati nei servizi sociali sono spesso in possesso). In questo caso la dialettica si muove tra l'opportunità di ampliare le competenze, attraverso percorsi di specializzazione, dei profili già consolidati e di creare profili sempre nuovi in base al continuo emergere di nuove esigenze. Questa seconda strada potrebbe infatti portare ogni realtà regionale, ma anche locale, a richiedere profili particolari in base ad esigenze diverse, ma le professionalità che si verrebbero a creare potrebbero incontrare notevoli difficoltà a trovare poi adeguata spendibilità in altri contesti regionali, con una conseguente riduzione della tutela del diritto di ogni operatore ad utilizzare la propria competenza professionale su tutto il territorio nazionale e possibilmente anche in sede europea.

---

<sup>24</sup> Per la stretta correlazione tra professioni sociali ed efficaci politiche si veda, tra gli altri, Rizza S. *Professioni sociali e formazione in Rassegna di Servizio Sociale*, 1/2005.

<sup>25</sup> Dall'emanazione della nuova Agenda Sociale Europea -che intende rilanciare le strategie di Lisbona in cui si possono trovare evidenti connessioni con il sistema delle professioni sociali, le condizioni e la qualità del lavoro nel comparto sociale-, alle evidenze che emergono nel processo comunitario di definizione dei Servizi Sociali di Interesse Generale (SSGI) che ribadiscono l'esigenza di governare adeguatamente l'intero sistema multiattoriale delle professioni e del lavoro nei servizi alla persona ed alle comunità.

<sup>26</sup> Come messo in luce dal recente intervento di G. Giarelli (Università della Magna Grecia) al Convegno di Studio *Integrazione socio-sanitaria: un servizio di qualità per la persona*, del Febbraio 2007 svoltosi presso l'Università Roma Tre (Atti in corso di pubblicazione).

La Regione Toscana ha iniziato da tempo una riflessione su questi temi attraverso l'attivazione di un percorso di ricerca affidato all'Università degli Studi di Siena. Il lavoro ha visto il suo abbrivo nel coinvolgimento dei professionisti del sociale che operano nelle organizzazioni del Terzo Settore con un particolare focus sul mondo della cooperazione sociale<sup>27</sup>. La naturale prosecuzione del lavoro, ovvero una riflessione sulle professioni sociali che operano nella governance degli enti pubblici, ha visto l'adesione della Regione alla progettualità promossa dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali che coinvolge diversi enti di ricerca (CNR, Formez, Fondazione IRISO, Isfol) e il coordinamento delle regioni italiane sul tema dell'occupazione e delle professioni nel settore dei servizi sociali. In particolare la Regione Toscana mira ad approfondire quali connessioni esistano tra la sua programmazione innovativa (con specifici riferimenti alla l.r. n. 60 del 29 ottobre 2008) e il sistema di competenze e conoscenze delle professioni sociali. Attraverso la lettura dei cambiamenti del contesto normativo regionale in materia sociosanitaria e la ricostruzione del sistema sociosanitario, con particolare riferimento ai processi decisionali e programmatici, verrà portata quindi in sede ministeriale una riflessione approfondita sulle competenze e le conoscenze utilizzate dalle professionalità nel sociale per far fronte sia al normale processo programmatorio che alla gestione creativa della complessità. Nell'immediato futuro la Regione Toscana si interrogherà inoltre su quali siano i sistemi di competenze necessari affinché i professionisti nel sociale possano contribuire ad accrescere la capacità di leggere, interpretare i fenomeni sociali ed orientare i *policy maker* (specialmente a livello regionale in applicazione delle competenze previste dalle recenti normative sulle politiche sociali) di fronte alle sfide della complessità, ma anche a ri-comporre identità (in un percorso che porta verso il pieno riconoscimento della qualità di *knowledge worker*), a diffondere valori, schemi cognitivi e nuovi modelli di intervento funzionali alla costruzione di una capacità d'azione nei sistemi di *welfare community* delle professioni sociali e dei vari livelli della *governance* territoriale.

---

<sup>27</sup> Per un approfondimento sulla ricerca si veda Volterrani A., Bilotti A. (2008), *Competenze, conoscenze e strategie. Verso il futuro della cooperazione sociale in Toscana*, Franco Angeli, Milano.

# Capitolo 7 - Gli strumenti a supporto della programmazione e della valutazione

## 7.1 Il sistema informativo sociale

Il sistema informativo sociale regionale trova le sue fondamenta normative nelle leggi n. 1/2004<sup>28</sup> e n. 41/2005<sup>29</sup> e si configura come un insieme organizzato e coerente di tecniche e di procedure per raccogliere e rendere disponibili informazioni utili alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

La sua importanza è ribadita anche dagli atti di programmazione vigenti come il PISR 2007-2010 che, facendo riferimento anche alla costituzione di nuovi modelli organizzativi e di gestione dei servizi, precisa come “la dinamica di integrazione dei servizi sociali e sanitari rende indispensabile a livello regionale e territoriale la costituzione di un sistema informativo integrato e coerente con le finalità dei processi in atto” e che “dovrà quindi essere attivato un unico flusso di tutti i dati riguardanti i percorsi assistenziali integrati avviati sul territorio”.

Al fine di perseguire concretamente gli obiettivi stabiliti, la Regione ha avviato e concluso una fase preliminare di osservazione e di analisi di un gruppo di zone sociosanitarie, durante la quale sono state approfondite le esperienze relative ai sistemi informativi. L'osservazione ha evidenziato alcuni importanti aspetti del contesto operativo attuale tra le quali spicca la variabilità nel modello organizzativo di gestione dei servizi. Tramite la delega delle funzioni, infatti, ogni zona ha cercato di rispondere al meglio alle esigenze del proprio territorio e della sua cittadinanza, differenziandosi nel livello di sviluppo informatico e nella diffusione di strumenti di gestione dell'utente (denominabili “cartella sociale”).

Si delinea così un quadro all'interno del quale si va da zone totalmente prive di una gestione informatizzata della persona nel suo percorso socioassistenziale e/o sociosanitario a zone invece ove la gestione è parziale e relativa solo a poche aree (più diffuse quelle sociosanitarie), fino a zone dove l'informatizzazione del percorso è quasi completa ed include ormai sia la componente sociosanitaria sia la componente sociale. A questi due aspetti si aggiunge l'elemento che oggi risulta avere la maggior portata innovativa in termini di organizzazione: le Società della Salute (SdS).

Forte della spinta di natura “normativa” e per rispondere ad esigenze operative sempre più frequenti, la Regione ha quindi avviato un percorso caratterizzato da tre obiettivi primari:

- 1) sviluppo di base dati regionali su alcuni temi rilevanti per i quali la Regione ha prodotto norme specifiche come l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza (l.r. 66/2008) e la lotta alla violenza di genere (l.r. 59/2007);
- 2) gestione informatizzata ed integrata dell'utente e del suo percorso socio-assistenziale e sociosanitario;

---

<sup>28</sup> “Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana”

<sup>29</sup> “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”

3) realizzazione di un sistema informativo che ha come origine/fonte i dati individuali e nel quale gli attori partecipanti sono i diversi soggetti che hanno competenze all'interno del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Questi obiettivi si distinguono perché il primo prevede una produzione che offra risposte tempestive a bisogni di conoscenza e di monitoraggio di specifici fenomeni, mentre il secondo ed il terzo sono definiti come obiettivi di medio termine.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, recentemente sono stati realizzati due applicativi web che raccolgono dati aggregati sui servizi attivati tramite il Fondo non autosufficienza<sup>30</sup> e sul fenomeno della violenza di genere rilevato presso i centri antiviolenza<sup>31</sup> e che garantiscono una base conoscitiva significativa dei singoli fenomeni e dei servizi offerti. Tuttavia, la messa a regime di un sistema unitario integrato di condivisione dei dati sociali e socio-sanitari è cosa diversa. A tal fine, è stato aperto un percorso finalizzato a:

- far crescere l'insieme delle conoscenze per coloro che all'interno degli enti coinvolti si occupano di programmazione locale di servizi socio-sanitari;
- promuovere un sistema comune e condiviso di supporto al processo decisionale locale e regionale;
- supportare l'informatizzazione degli enti sprovvisti di sistemi informativi;
- integrare i sistemi informativi già presenti all'interno degli enti che compongono le SdS coinvolte con l'obiettivo di raggiungere l'interoperabilità con il sistema regionale secondo gli standard di *e-toscana compliance*;
- definire il modello base di cartella sociale e l'avvio del percorso di informatizzazione della stessa.

In considerazione delle differenze nella conformazione, organizzazione ed erogazione dei servizi esistenti tra una zona e l'altra evidenziate dalla fase di analisi, l'iniziativa regionale intende portare ad un livello omogeneo l'informatizzazione in campo sociale creando un importante vantaggio per i cittadini toscani ed eliminando gli eventuali disagi che possono nascere dal fatto di risiedere in zone che non sono dotate della gestione informatizzata o che ne sono dotate solo parzialmente.

## **Lo stato di avanzamento dei lavori**

### **Il metodo RFC**

In Regione per strutturare il sistema informativo sociale e socio-sanitario si lavora per RFC (*Request For Comments*). Una RFC e.Toscana è un documento che tratta argomenti inerenti le interazioni e il formato delle informazioni scambiate tra soggetti che cooperano attraverso l'infrastruttura regionale e nasce quindi per regolare il protocollo che due o più organizzazioni devono utilizzare per scambiarsi informazioni riguardanti un tema di interesse comune (esempi di tema possono essere "la rete dei SUAP", "la rete degli URP"). La comunità dei soggetti collabora proponendo, aggiornando o rendendo obsolete le RFC e.Toscana fornendo spunti riflessivi, approfondimenti di tematiche.

---

<sup>30</sup> Si veda il capitolo 8.

<sup>31</sup> Si veda il capitolo 11.

I contenuti applicativi definiti e concertati sono veicolati attraverso l'infrastruttura di cooperazione applicativa che è definita Cooperazione Applicativa Regione Toscana (CART). All'interno di tale infrastruttura le informazioni transitano in modo automatico dai computer di un ente a quelli di un altro rispettando tutti i requisiti di integrità, sicurezza e affidabilità sulla base di standard definiti. Al fine di dare realizzazione al sistema informativo sociale, nel rispetto delle priorità e delle modalità che la normativa regionale ha individuato, è in fase di rilascio la RFC Sociale che contiene criteri/linee guida di riferimento per lo scambio dei dati nell'ambito del sistema dei servizi ed interventi sociali. Quanto definito dalla RFC standardizza quindi i processi tra gli enti che hanno un ruolo nella gestione dei percorsi socio-assistenziali e sociosanitari, che hanno livelli diversi di sviluppo informatico e strumenti di gestione differenziati.

Per definire come sistemi informativi diversi possono condividere informazioni di interesse, le attività svolte finora hanno prodotto sia la modellazione del processo socio-assistenziale (percorso della persona all'interno del sistema dei servizi), sia la definizione dei contenuti informativi che caratterizzano ogni fase dello stesso. A partire da tali premesse, il documento RFC Sociale in produzione stabilisce standard attraverso i quali sarà possibile e facilitata la condivisione delle informazioni fra cartelle sociali che partecipano al percorso assistenziale, anche con riferimento a contesti organizzativi eterogenei, e la raccolta di dati per il monitoraggio e la programmazione.

Le organizzazioni deputate (es. Regione, SdS) riceveranno quindi dati omogenei e strutturati dal territorio per alimentare i propri sistemi direzionali o soddisfare specifiche necessità informative; gli utenti degli interventi e dei servizi sociali potranno avere, tramite strumento elettronico, un accesso proprio al sistema al fine di visionare ciascuno gli eventi assistenziali che lo hanno interessato.

### **Lo strumento applicativo**

Tra le attività svolte è inclusa la progettazione dello strumento applicativo (cartella sociale) che gli enti potranno adottare nel caso siano sprovvisti di uno strumento finalizzato alla gestione informatizzata della persona con riferimento al suo percorso nel sistema socio-assistenziale. Tale cartella si configura come strumento di supporto al lavoro degli operatori sociali e come fonte dei contenuti informativi (dati individuali) che poi, aggregati, servono ai programmatori e ad altre prestabilite funzioni. La cartella è costruita nel rispetto delle regole di interoperabilità, cioè per interagire con strumenti già in uso.

### **Le connessioni con il nomenclatore**

Nel percorso di realizzazione di un sistema informativo integrato sociale, la Regione è intervenuta anche adottando con delibera regionale n. 580/2009 il "Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Toscana". Il nomenclatore è utilizzato come dizionario comune attraverso il quale tutte le applicazioni che compongono ed alimentano il sistema informativo potranno dialogare fra sé.

### **L'attività dell'Osservatorio**

Attraverso l'utilizzo sul territorio regionale della cartella informatizzata per la gestione dell'utente che include le categorie del nomenclatore può essere alimentato un sistema informativo che:

- offre dati utili per la programmazione sia regionale sia di zona sociosanitaria;
- consente il monitoraggio e la verifica degli interventi programmati ed attivati;
- produce i dati richiesti dalle rilevazioni regionali e nazionali;
- rende coerenti i risultati derivanti dall'attivazione dei punti precedenti;
- consente al cittadino di visionare informazioni relative ad eventi assistenziali che lo riguardano.

Per utilizzare al meglio quanto il sistema rende disponibile (i dati), risulta determinante l'attività dell'Osservatorio sociale regionale. Questo ha infatti la funzione di "leggere" ed elaborare le informazioni in modo tale da tradurle in conoscenza aggiuntiva rispetto alle caratteristiche e all'evoluzione del fenomeno preso in esame, piuttosto che al grado di influenza che ha su di esso la programmazione (analisi di impatto sui fenomeni del processo di *policy making*). Così facendo raggiunge il suo obiettivo primario, ovvero fornire supporto conoscitivo nelle fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione arricchendo l'output, la restituzione delle informazioni che provengono dai sistemi informativi o da indagini ad hoc di tipo qualitativo e/o quantitativo. Per tale motivo è necessario che a sua volta un Osservatorio sociale collabori allo sviluppo del sistema informativo sociale, in modo particolare nelle fasi di progettazione e definizione delle informazioni previste, per garantirne l'adeguatezza. Il sistema rende disponibile l'informazione anche nei confronti del cittadino stesso al quale il dato si riferisce; è garantita così la trasparenza dei processi nei confronti del soggetto che è allo stesso tempo colui che, con il suo bisogno, attiva il sistema di interventi e servizi sociali e colui al quale gli stessi interventi e servizi sono destinati.

\*\*\*\*\*

### **Box di approfondimento: il nomenclatore**

Il nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali è stato definito attraverso un percorso di lavoro di alcuni anni svolto nell'ambito del Cisis Coordinamento tecnico interregionale – Gruppo politiche sociali, a partire dalla classificazione utilizzata nell'indagine sulla spesa sociale. Tale documento è proposto quale strumento di mappatura degli interventi e dei servizi sociali, attraverso la descrizione e definizione di tutte le voci desunte confrontando, integrando e raccordando le classificazioni previste per gli interventi e servizi sociali nelle Regioni.

La Regione ha fatto proprio il documento interregionale e lo ha perfezionato affinché fosse coerente con il sistema toscano. A seguito della Conferenza delle Società della Salute tenutasi il giorno 27 aprile 2009 in cui è stato presentato il documento, si è provveduto a dare definitiva approvazione allo strumento denominandolo "Nomenclatore degli interventi e dei servizi della Regione Toscana" con la delibera di Giunta regionale n. 580 del 2009.

Il nomenclatore porta chiarezza ove c'era una mancanza; il suo utilizzo operativo nel sistema regionale toscano sarà monitorato e potrà suggerire elementi da introdurre nello strumento nei momenti di aggiornamento periodico previsti.

Esso infatti diventa in particolare linguaggio di riferimento per le funzioni di sistema informativo e programmazione; rilevazioni e statistiche; monitoraggio e verifica.

Il lavoro verrà proseguito con l'approfondimento della classificazione ora proposta al fine di definire il dettaglio delle prestazioni. Ad oggi le categorie definite sono già implementate nei documenti tecnici n. 139 e n. 140, RFC socio-assistenziale e RFC cartella sociale, pubblicati in data 26 settembre sul sito <http://web.rete.toscana.it/eCompliance/> che rappresentano la base per avviare il necessario confronto con il territorio finalizzato a condividere e stabilire gli standard per la costituzione di un sistema informativo sociale regionale.

### **Caratteristiche degli interventi e dei servizi**

La gamma dei servizi e interventi previsti nel nomenclatore fa riferimento alle prestazioni a finalità sociale erogate dai Comuni singoli e associati, così come previsto dalla legge 328/2000. Essa è suddivisa in tre *macrocategorie*, conformi a quelle previste nella classificazione europea SESPROS:

- *Interventi e Servizi*: comprendono le attività relative alla predisposizione di interventi e servizi sociali, realizzati sul territorio o a domicilio attraverso l'opera di personale del settore sociale.
- *Trasferimenti monetari*: comprendono sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati ad altri soggetti perché forniscano servizi con agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti. Rientra in questa categoria anche l'integrazione (o il pagamento per intero) delle rette per prestazioni residenziali o semiresidenziali
- *Centri e strutture residenziali, semi-residenziali o diurne*: rientrano in questa categoria le attività e le prestazioni realizzate nei centri diurni e nelle strutture residenziali o semiresidenziali.

### **Caratteristiche delle aree di intervento**

Nel definire le caratteristiche delle aree di intervento si è fatto riferimento alle indicazioni sull'utenza dei servizi sociali contenute nella l.328/2000. Al momento non esiste una classificazione consolidata; si è scelto quindi di non modificare sostanzialmente la classificazione proposta per la "Rilevazione sugli Interventi e Servizi Sociali dei Comuni singoli e associati" che unisce la variabile età "minori, anziani" con la variabile problema "disabili, adulto in difficoltà ecc." proponendo solo alcune modifiche.

### **Le categorie del nomenclatore**

Le voci (categorie) che costituiscono l'elenco del nomenclatore sono potenzialmente applicabili a tutte le aree di intervento. Si è scelto di non fornire una griglia di combinazioni tra le voci (categorie) del nomenclatore che seguono e le aree di intervento precedentemente elencate poiché le varie possibili combinazioni vengono operate a livello di ambito territoriale con un appropriato adeguamento ai singoli sistemi organizzativi e di erogazione. Altre combinazioni sono possibili su specifici obiettivi, dalla rilevazione della spesa sociale alla definizione dei flussi informativi.

\*\*\*\*\*

## 7.2 La rete degli Osservatori sociali

Il sistema degli Osservatori sociali di livello regionale e provinciale in Toscana pone le sue basi all'interno di norme generali riguardanti il sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (l.r. 41/2005 artt. 13 e 40), la disciplina del Servizio Sanitario Regionale (l.r. 40/2005 art. 71 septies decies), nonché in leggi tematiche come le norme contro la violenza di genere (l.r. 59/2007 art.10) e la normativa per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana (l.r. 29/2009 art. 6 commi 13 e 14).

Le funzioni di cui gli Osservatori sono titolari riguardano infatti le attività di osservazione, monitoraggio e analisi dei fenomeni sociali nonché di monitoraggio e analisi di impatto delle relative politiche.

Il 16 luglio 2008 è stato firmato un protocollo di intesa tra la Regione e le Province per lo sviluppo e il consolidamento della rete degli Osservatori sociali regionale e provinciali. In tale protocollo si stabilisce che, per la realizzazione delle finalità previste, i firmatari si impegnano a predisporre, realizzare e monitorare annualmente un piano di lavoro. La prima struttura organizzativa della rete è il gruppo tecnico che, coordinato dall'Osservatorio sociale regionale, si riunisce mensilmente allo scopo di assumere le decisioni per la rete nonché analizzare e valutare lo svolgimento delle attività. Successivamente, e precisamente il 16 ottobre 2008, la rete ha concordato di costituire tavoli di riflessione condivisa su alcuni temi per sviluppare una maggiore integrazione e coordinamento nell'analisi dei cambiamenti e delle trasformazioni sociali della Toscana. Ogni tavolo di lavoro ha il compito di predisporre percorsi, materiali e documenti nonché concordare aspetti metodologici e possibili strategie comuni sui singoli temi necessari alla costruzione e realizzazione del piano di lavoro da condividere successivamente con tutta la rete.

In questo primo anno sono stati individuati i seguenti temi strategici anche in riferimento al PISR 2007-2010;

- formazione/metodologie;
- indicatori/supporto alla programmazione territoriale;
- progettazione a bandi nazionali e europei;
- violenza di genere.

L'obiettivo di fondo di queste attività è la realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del sistema di welfare regionale e locale.

### **Priorità, metodologie, principali risultati**

Le priorità inserite nel piano di lavoro della rete degli Osservatori sociali riguardano essenzialmente:

- a) supporto alla progettazione e alle attività di monitoraggio e verifica dell'impatto della programmazione territoriale sul sistema locale dei servizi e degli interventi sociali interessati;
- b) condivisione di metodologie e strumenti di analisi, in relazione alla programmazione territoriale, che hanno portato alla collaborazione nell'individuazione del set minimo e complementare degli indicatori del profilo di salute dei PIS; alla realizzazione di strumenti conoscitivi a supporto della rete; alla produzione di una proposta di schema di protocollo di intesa/accordo

di programma tra Province, Società della Salute, Azienda Usl per il supporto alla programmazione territoriale; alla promozione di iniziative a carattere divulgativo e formativo.

Per ciò che concerne il supporto alla programmazione territoriale, la rete degli Osservatori sociali si è organizzata attraverso un tavolo tematico per realizzare le attività propedeutiche oltre a partecipare con alcuni membri del gruppo tecnico all'equipe tecnica del progetto regionale "Monitoraggio e Valutazione dei Piani Integrati di Salute". In modo particolare il gruppo di lavoro - coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e composto da Regione Toscana, Osservatori sociali, Laboratorio Management e Sanità (MeS), Agenzia Regionale di Sanità e Fondazione Zancan - ha prodotto una serie di strumenti a supporto della programmazione socio-sanitaria per le Società della Salute:

- il set di indicatori (composto da set minimo e set complementare) per la costruzione del profilo di salute nell'ambito del PIS;
- un sussidio per la costruzione del profilo di salute (manuale per l'utilizzo del set di indicatori);
- un format per la costruzione dei PIS.

Tali strumenti hanno comportato la necessità di definire i requisiti fondamentali dei dati sui quali costruire gli indicatori come la disponibilità, la disaggregazione almeno a livello zonale, il periodo di aggiornamento dei dati attualmente disponibili, la disponibilità di serie storiche attraverso anche la ricognizione presso le banche dati del Centro di documentazione regionale sull'infanzia presso l'Istituto degli Innocenti, dell'Osservatorio regionale sul lavoro, dell'Osservatorio scolastico regionale, del Terzo Settore e del settore ambiente.

L'ultima fase, in corso di ultimazione, è l'analisi e la definizione delle modalità di restituzione dei dati verso le zone/SdS per la programmazione e la stesura dei profili di salute dei PIS. I risultati attesi di tali lavori sono un'armonizzazione metodologica e informativa a supporto della lettura nel territorio dello stato di salute, inteso in senso ampio e una condivisione su base regionale di metodologie e strumenti utili a supportare i processi decisionali nell'ambito delle politiche sociali integrate, oltre ovviamente ad implementare il sistema informativo sociale regionale.

Riguardo il tema violenza di genere il tavolo omonimo ha collaborato in modo stretto con i servizi informativi regionali per lo sviluppo e l'implementazione di un database "anagrafe strutture" ([www.e.toscana.it/strutture\\_violenza](http://www.e.toscana.it/strutture_violenza)) contenente informazioni relative alle strutture che si occupano di violenza presenti sul territorio toscano da rendere fruibili alla popolazione via web, compresa la georeferenziazione su mappe del sistema cartografico regionale, oltre alla costituzione di un "flusso dati", per mezzo di un applicativo web (<https://webs.rete.toscana.it/vgrt/login.jsp>), contenente informazioni omogenee raccolte presso i Centri antiviolenza presenti in Toscana, ovvero la realizzazione di una scheda informatica di dati aggregati e individuali anonimi in grado di costituire un set minimo di informazioni. La scheda per la rilevazione delle informazioni sull'utente è frutto di un lavoro condiviso tra la rete degli Osservatori e le strutture dei Centri antiviolenza operanti sul territorio. Alla scheda unica si è giunti dopo un censimento delle schede già in uso presso i vari Centri antiviolenza con lo scopo di creare uno strumento facile da usare e allo stesso tempo in grado di contenere dati fondamentali per il monitoraggio e l'analisi del fenomeno della violenza sulle

donne. Il passo successivo è stato quello di realizzare, sulla scorta del flusso dati che ha consentito di fotografare e descrivere la realtà, un sistema di monitoraggio che ha prodotto il primo rapporto di analisi del fenomeno violenza di genere in Toscana presentato il 25 novembre 2009. Tale indagine costituisce un primo tassello di quella che è la funzione di supporto conoscitivo del sistema degli Osservatori sociali per l'adozione di politiche volte a sconfinare il fenomeno.

Una condizione necessaria per rispondere al ruolo di supporto è la possibilità di rendere disponibile e accessibile a operatori e amministratori ciò che viene realizzato. In altre parole fare della rete degli Osservatori sociali una "cassetta degli attrezzi" per operare al meglio. E questo è possibile se gli strumenti prodotti raggiungono tutti i destinatari e rispondono adeguatamente ai bisogni. Per tale motivo è stato realizzato anche il sito dell'Osservatorio sociale regionale <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale> dove i lavori prodotti sono facilmente reperibili, collocati in modo ordinato, con un'interfaccia chiara e di facile utilizzo e comprensione da parte di quanti più interlocutori possibili. Tra il materiale prodotto dalla rete degli Osservatori sociali è già possibile reperire il primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, la pubblicazione "Le voci dell'immigrazione", il documento provvisorio con la batteria di indicatori forniti dalla rete degli Osservatori sociali per i profili di salute dei PIS, oltre che le principali norme del sociale e la documentazione operativa come il protocollo di intesa, il piano di lavoro annuale e una sezione di segnalazione di news o link di particolare interesse per le attività di osservatorio sociale.



**Sezione IV**  
*Le azioni regionali*



# Capitolo 8 - L'integrazione socio-sanitaria

## 8.1 La non autosufficienza

Se, come sostiene l'OMS, la salute non è uno "stato", ma una condizione dinamica di equilibrio fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente in modo positivo, anche per la persona non autosufficiente è necessario recuperare quell'equilibrio che consente un'interazione con l'ambiente sociale e familiare e ciò può avvenire se vi è una valutazione multidisciplinare dei bisogni ed un progetto personalizzato che agisca sullo scompenso.

La definizione della condizione di non autosufficienza, di cui al comma 2, art. 1 della l.r. 66/2008 che fa riferimento alla perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone, finisce per indicare le finalità e le azioni prioritarie del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente". Tale progetto infatti - concluso per la parte che riguarda gli anziani mentre è in corso di definizione quella relativa alle persone disabili - ha come obiettivo specifico la realizzazione di un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento alla persona anziana o disabile non autosufficiente dei diritti di cittadinanza e la garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata.

Per sostenere ed accompagnare il processo di realizzazione del sistema di servizi e di interventi a favore della non autosufficienza, la Regione, le Aziende USL e gli Enti locali - attraverso la sottoscrizione di un'intesa interistituzionale così come previsto nella d.c.r. 69 dell'11 novembre 2009 - indicano gli elementi qualificanti del rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione delle relative responsabilità. Al "sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente", viene garantita la piena sostenibilità attraverso l'individuazione di un Fondo integrato e mirato di risorse che riunifica e consolida quelle sociali (statali, regionali, comunali) e quelle sanitarie (regionali).

### **Il bisogno assistenziale**

Il bisogno di assistenza socio-sanitaria dell'anziano è prevalentemente determinato dalla condizione di non autosufficienza. L'anziano non autosufficiente, oltre che di assistenza sanitaria domiciliare e talvolta di interventi sociali, ha sempre bisogno, per definizione, di aiuto alla persona, cioè di aiuto per svolgere le attività di base della vita quotidiana (muoversi, vestirsi, alimentarsi, andare in bagno, lavarsi - in sigla BADL).

Nel contesto della fase pilota del "Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente", sono state definite nuove procedure valutative multidimensionali grazie alle quali le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di ogni zona-distretto possono definire i bisogni assistenziali degli anziani valutati, al fine di predisporre un piano assistenziale personalizzato. Tali procedure permettono di definire, a seconda della tipologia e della frequenza dell'aiuto necessario a svolgerle, il livello di dipendenza (non autosufficienza) nelle BADL in lieve, moderata e grave. Inoltre, tramite la combinazione del grado di dipendenza

nelle BADL, del livello di compromissione cognitiva e dei disturbi comportamentali, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in 5 livelli di isogravità del bisogno assistenziale, che esprimono l'intensità complessiva del bisogno di aiuto alla persona (il termine "isogravità" indica una "uguale" gravità in soggetti con caratteristiche funzionali, cognitive e comportamentali diverse). Tale livello è minimo per anziani con lievi deficit funzionali, senza compromissione cognitiva e senza disturbi del comportamento, mentre è massimo per anziani con deficit funzionali gravi o moderati ma con compromissione cognitiva e disturbi del comportamento.

Peraltro, oltre all'assistenza socio-sanitaria dell'anziano già non autosufficiente, sta assumendo sempre più urgenza l'attivazione di interventi per la prevenzione della perdita dell'autonomia. La prevenzione primaria delle condizioni disabilitanti nella popolazione generale, siano esse malattie croniche che aumentano il rischio di disabilità "progressiva" o eventi acuti che possono determinare la comparsa di disabilità "catastrofica", rappresenta un intervento efficace per la prevenzione della non autosufficienza negli anziani. Una strategia aggiuntiva e ancor più *cost-effective* è rappresentata dalla promozione di interventi di prevenzione della disabilità progressiva rivolti agli anziani a più alto rischio di perdita dell'autosufficienza, comunemente definiti anziani "fragili". Per l'identificazione dell'anziano fragile è possibile usare uno specifico questionario che, valutando la presenza di sette fattori di rischio per la perdita dell'autosufficienza (non vivere solo; usare di 4 o più farmaci al giorno; avere problemi di vista, di memoria, a camminare; essere caduto nell'anno precedente; essere stato ricoverato nell'anno precedente) lo classifica come fragile ad alto rischio (almeno tre fattori di rischio presenti) e ad altissimo rischio (almeno quattro fattori di rischio presenti).

Un'adeguata programmazione dei servizi socio-sanitari dedicati alla non autosufficienza e alla sua prevenzione hanno peraltro richiesto una stima accurata sia del numero di anziani non autosufficienti che del numero di anziani fragili presenti in regione. Tale stima è stata resa possibile da uno studio epidemiologico di popolazione che ha valutato un campione rappresentativo di anziani residenti in regione<sup>32</sup>, del quale si riporta di seguito una sintesi dei risultati.

### **La non autosufficienza**

I bassi tassi di fecondità e la crescita della speranza di vita hanno contribuito a spostare l'equilibrio della struttura demografica della Toscana sempre più verso le classi di età anziane collocando la nostra Regione sopra la media nazionale. Nel prossimo futuro, nonostante il consistente apporto degli stranieri (e quindi di popolazione tendenzialmente più giovane), l'invecchiamento della popolazione non rallenterà e si avrà una perdita consistente di giovani tra 25 e 39 anni di età (meno 92mila in dieci anni e meno 127mila in venti). Le previsioni demografiche a medio-lungo termine della popolazione ultra65enne riportate dall'ipotesi centrale Istat per il 2030 e il 2050 evidenziano inoltre come "rispetto alle popolazione del 2005, sia stimato un complessivo accrescimento della popolazione che passerebbe da 828.982 (2005) a oltre 1.000.000 nel 2030 per arrivare a circa 1.150.000 nel 2050. Inoltre, in questo arco di tempo, le stime per classi di età prevedono un ulteriore e marcato aumento della quota di soggetti appartenenti alla fasce dei 75-79enni e

---

<sup>32</sup> Agenzia Regionale di Sanità, *Il bisogno socio-sanitario e stili di vita degli anziani in Toscana: uno studio epidemiologico di popolazione (Bi.S.S.)*, 2009

degli ultra85enni, che passano rispettivamente da 174.466 e 93.478 soggetti nel 2005 a 212.819 e 261.093 nel 2050, senza sostanziali differenze tra i due sessi”.

Se analizziamo l'andamento di tre indici, quello di vecchiaia, quello di dipendenza totale e l'indice di dipendenza senile si nota come “il trend di tali indici è stato complessivamente in crescita nel periodo 1991–2005, con valori sempre più alti rispetto a quelli nazionali e del centro Italia. Il passaggio dell'indice di vecchiaia da un valore di 151,9% nel 1991 ad un valore di 191,8% nel 2005, dimostra che il forte invecchiamento della popolazione toscana è dovuto sia all'aumento della popolazione più anziana sia alla diminuzione della componente più giovane. [...] L'andamento dell'indice di vecchiaia è in crescita anche nei prossimi anni; nel 2010 l'indice sarà pari al 202,8%, portando a 2 a il rapporto tra persone sopra i 65 anni e giovani sotto i 14 anni. [...] L'indice di dipendenza totale, di rilevanza soprattutto economica e sociale, è in continuo aumento dal 1991: se nel 2005 sono dipendenti 54 persone su 100 nella fascia di età considerata attiva, nel 2010 si prevede che il rapporto sarà di 56 a 100. [...] L'indice di dipendenza senile ricalca l'andamento dell'indice dipendenza totale. Per la Toscana sono riportati valori costantemente al di sopra sia della media italiana che delle regioni del centro Italia. Attualmente la Toscana si attesta su un valore di 35,5, per arrivare nel 2010 al 37,6, vale a dire che si prevedono quasi 38 soggetti nella fascia senile della popolazione per ogni 100 in età attiva”.

La prevalenza di anziani residenti al domicilio non autosufficienti è peraltro sempre più alta nelle donne ed aumenta all'aumentare dell'età. La dipendenza nelle BADL (almeno lieve) passa negli uomini dall'1,4% nei 65-74-enni al 22,5% negli ultra85enni e nelle donne dall'1,8% nelle 65-74enni al 34% nelle ultra85enni. Complessivamente sono non autosufficienti il 4,9% degli uomini ed il 9,9% delle donne ultra65enni residenti al domicilio (Tabella 8.1). Le differenze di genere riscontrate, in accordo con la letteratura internazionale, dimostrano come anche nella popolazione toscana si realizzi il paradosso per il quale le donne sono più longeve ma riportano più spesso dei loro coetanei uomini condizioni funzionali peggiori (“*men die women become disabled*”).

**Tabella 8.1**

*Livelli di dipendenza nelle BADL, prevalenza percentuale per genere e classe d'età. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata. Toscana*

Livelli non autosufficienza (I/BADL perdute)	Maschi				Femmine			
	65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale
Dipendenza BADL Lieve	1,1	2,0	7,4	2,1	0,8	2,8	8,4	2,8
Dipendenza BADL Moderata	0,3	1,0	7,0	1,2	0,4	2,5	9,1	2,6
Dipendenza. BADL Grave	0,0	2,2	8,1	1,6	0,6	3,9	16,5	4,5
Dipendenza BADL almeno lieve	1,4	5,2	22,5	4,9	1,8	9,2	34,0	9,9

Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

Applicando le prevalenze sopra riportate alla popolazione Istat al 01/01/2009, gli anziani residenti al domicilio non autosufficienti nelle BADL (dipendenza almeno lieve) sono 65.911 (Tabella 8.2).

**Tabella 8.2**

*Non autosufficienti nelle BADL per livello di non autosufficienza ed AUSL di residenza. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata. Toscana 01/01/2009*

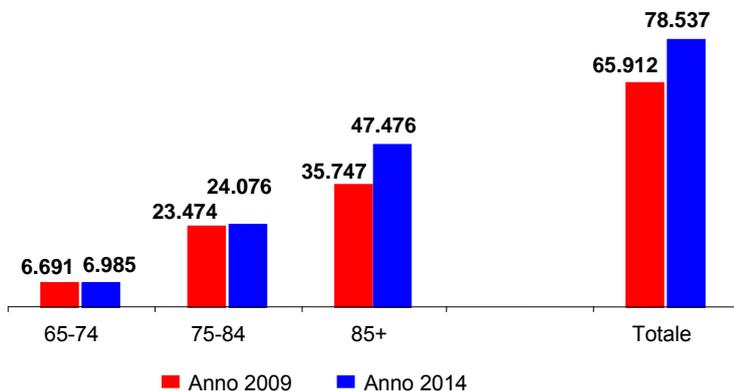
AUSL di residenza	Dip. BADL Lieve	Dip. BADL moderata	Dip. BADL Grave	Dip. BADL almeno lieve
1 – Massa Carrara	1.205	979	1.607	3.791
2 – Lucca	1.279	1.039	1.696	4.015
3 – Pistoia	1.594	1.286	2.094	4.975
4 – Prato	1.186	946	1.530	3.662
5 – Pisa	1.814	1.456	2.342	5.612
6 – Arezzo	2.057	1.651	2.666	6.373
7 – Siena	1.683	1.384	2.242	5.309
8 – Livorno	1.927	1.559	2.516	6.002
9 – Grosseto	1.360	1.099	1.773	4.232
10 – Firenze	4.869	3.962	6.462	15.293
11 – Empoli	1.248	1.004	1.612	3.864
12 – Viareggio	901	719	1.164	2.784
<b>Toscana</b>	<b>21.122</b>	<b>17.085</b>	<b>27.704</b>	<b>65.911</b>

Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

Applicando le prevalenze sopra riportate alle proiezioni Istat al 2014 e assumendo costanti le proporzioni di anziani ospiti di RSA, possiamo stimare che gli anziani residenti al domicilio non autosufficienti nelle BADL aumenteranno del 19% raggiungendo quota 78.537. (Figura 8.1).

**Figura 8.1**

*Non autosufficienti nelle BADL (dipendenza almeno lieve). Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009-01/01/2014*



Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

## I livelli di isogravità del bisogno

Come illustrato, il livello di isogravità del bisogno può essere determinato integrando l'informazione sul grado di dipendenza nelle BADL con gli eventuali livelli di compromissione cognitiva e dei disturbi del comportamento. In tabella 8.3 si presenta la distribuzione percentuale dei circa 66.000 anziani non autosufficienti nei 5 livelli di isogravità del bisogno assistenziale.

**Tabella 8.3**

*Non autosufficienti per AUSL di residenza e livello di isogravità del bisogno. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009*

AUSL di residenza	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5
1 – Massa Carrara	710	427	872	1.379	402
2 – Lucca	751	451	931	1.456	425
3 – Pistoia	935	561	1.157	1.798	524
4 – Prato	701	413	848	1.320	379
5 – Pisa	1.076	635	1.300	2.022	578
6 – Arezzo	1.217	718	1.479	2.299	660
7 – Siena	993	587	1.245	1.920	565
8 – Livorno	1.146	663	1.401	2.167	625
9 - Grosseto	810	474	981	1.528	439
10 - Firenze	2.844	1.722	3.565	5.537	1.626
11 - Empoli	745	432	899	1.389	399
12 - Viareggio	537	318	637	1.008	285
<b>Toscana</b>	<b>12.464</b>	<b>7.400</b>	<b>15.316</b>	<b>23.823</b>	<b>6.908</b>

Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

## La fragilità

La percentuale di anziani residenti a domicilio fragili per livello di rischio, sesso e classe d'età è presentata in tabella 8.4. Complessivamente presentano almeno tre fattori di rischio il 34% sia degli uomini che delle donne ed almeno quattro fattori di rischio il 13% degli uomini ed il 15,5% delle donne.

**Tabella 8.4**

*Fragilità per livello di rischio, prevalenza percentuale per genere e classe d'età. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana.*

Livello di rischio	Maschi				Femmine			
	65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale
Rischio alto	28,8	40,0	42,5	34,1	27,7	41,0	35,6	34,0
Rischio altissimo	8,8	17,4	21,7	13,1	9,1	20,9	21,1	15,5

Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

Applicando le percentuali sopra riportate alla popolazione Istat al 01/01/2009, si stima che gli ultra65enni fragili ad alto rischio siano circa 276.166 e quelli ad altissimo rischio circa 117.010 (Tabella 8.5).

**Tabella 8.5**

*Fragili per livello di rischio ed AUSL di residenza. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009*

<b>AUSL di residenza</b>	<b>Rischio alto</b>	<b>Rischio altissimo</b>
1 – Massa Carrara	15.727	6.681
2 – Lucca	16.575	7.028
3 – Pistoia	20.880	8.816
4 – Prato	15.850	6.652
5 – Pisa	24.227	10.208
6 – Arezzo	27.120	11.448
7 – Siena	21.371	9.174
8 – Livorno	25.113	10.672
9 - Grosseto	17.971	7.625
10 - Firenze	62.600	26.575
11 - Empoli	16.502	6.995
12 - Viareggio	12.248	5.136
<b>Toscana</b>	<b>276.186</b>	<b>117.010</b>

Fonte: ARS, *Studio Bi.S.S.* 2009

Considerando che, a parità di fattori di rischio presenti, il rischio relativo di perdita dell'autosufficienza aumenta con l'aumentare dell'età e che, invece, la potenziale efficacia degli interventi di prevenzione diminuisce con l'aumentare dell'età, il sottogruppo di popolazione prioritario per interventi di prevenzione secondaria della fragilità potrebbe essere rappresentato dai circa 60mila 75-84enni ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza.

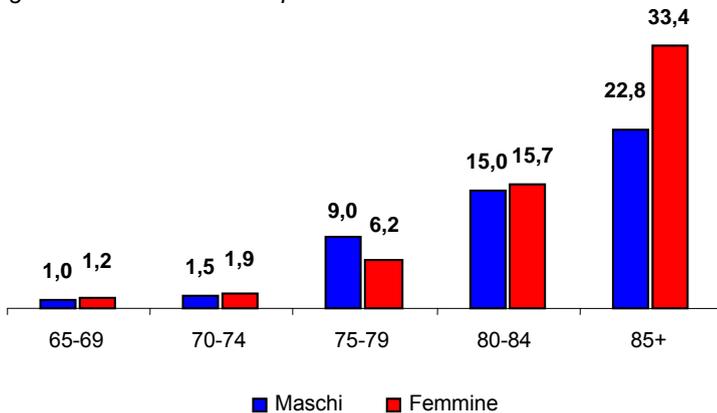
### **La demenza: alcuni dati per una nuova programmazione dei servizi**

La demenza è una patologia che ha un notevole impatto sulla qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia. In una regione come la Toscana, dove si registra un'alta percentuale di anziani e grandi anziani, il problema della demenza assume una notevole rilevanza nell'ambito della programmazione dei servizi socio-sanitari, fino a divenire una vera e propria priorità. Ad oggi il sistema per la presa in carico e l'assistenza dei non autosufficienti, compresi i soggetti che hanno perso la loro autonomia contestualmente all'evolversi di un deficit cognitivo, è notevolmente migliorato grazie all'implementazione del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente. Diviene adesso prioritario focalizzare l'attenzione sulla rete dei servizi specificamente indirizzati alla persona con demenza. In tale contesto diviene di fondamentale importanza disporre di dati epidemiologici che consentano una quantificazione ed una qualificazione del fenomeno. Nel presente documento sono utilizzati i dati provenienti dai 4 studi epidemiologici, condotti in Toscana nella seconda metà degli anni Novanta: lo studio ICare Dicomano; lo

studio INChianti; lo studio ILSA relativamente al dato toscano; lo studio condotto nel Comune di Vecchiano (PI). La popolazione di studio è complessivamente composta da 4.027 soggetti ultra65enni residenti al domicilio in Comuni di piccole-medie dimensioni situati nelle province di Firenze e di Pisa, con una distribuzione per genere ed età simile all'intera popolazione anziana della Toscana. I tassi di prevalenza calcolati in quest'analisi sono lievemente più alti rispetto a quelli presentati in precedenza in quanto ottenuti con un metodo di analisi - modello di Poisson ad effetti casuali - ritenuto più adeguato a questo fine. In figura 8.2 si presentano le prevalenze strato specifiche ottenute: la prevalenza della malattia aumenta con l'età senza una sostanziale differenza di genere tranne che nei grandi anziani, dove la demenza è decisamente più frequente nelle donne che negli uomini.

**Figura 8.2**

*Demenza, tassi percentuali di prevalenza ottenuti con il modello di Poisson ad effetti casuali, per genere e classe d'età. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata. Toscana*



Fonte: ARS su dati Studio ICare n=725, Studio ILSA n=563, Studio INChianti n=1.138, Studio Vecchiano n=1.601

Questi tassi di prevalenza strato-specifici sono stati applicati alla popolazione residente in Toscana al 01/01/2009 in modo da ottenere una stima del numero di dementi. Generalmente si tende a dividere la popolazione dei dementi in base alla gravità della compromissione cognitiva misurata con scale appropriate. In quest'analisi invece, in accordo col parere di alcuni geriatri, abbiamo classificato gli anziani affetti da demenza in base al livello di dipendenza funzionale: la categoria "lievi" riguarda i soggetti con diagnosi iniziale di demenza ancora autosufficienti nelle BADL; la categoria "moderati" comprende le persone che hanno perso l'autosufficienza in alcune BADL pur non essendo totalmente dipendenti da altri; la categoria "gravi" comprende individui con demenza ormai completamente dipendenti nelle BADL che richiedono assistenza continua e totale per mantenersi in vita. Queste categorie risultano maggiormente in grado di differenziare i diversi livelli di bisogno assistenziale e terapeutico e, quindi, più adeguate per produrre stime utili alla riorganizzazione dei servizi. Si stima che, al 01/01/2009, fossero residenti in Toscana circa 75.000 anziani affetti da demenza, dei quali due terzi rappresentati da donne e quasi la metà da anziani ultra85enni. Oltre la metà di

questi anziani sono ancora autosufficienti nelle BADL, circa un terzo parzialmente dipendenti ed il rimanente totalmente dipendenti dall'aiuto di altri (Tabella 8.6).

**Tabella 8.6**

*Dementi per livello di funzionamento ed AUSL di residenza. Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009*

<b>AUSL di residenza</b>	<b>Dementi lievi</b>	<b>Dementi moderati</b>	<b>Dementi gravi</b>	<b>Totale</b>
1 – Massa Carrara	2.374	1.356	564	4.294
2 – Lucca	2.500	1.450	604	4.554
3 – Pistoia	3.106	1.788	746	5.640
4 – Prato	2.313	1.322	548	4.184
5 – Pisa	3.566	2.034	845	6.445
6 – Arezzo	4.023	2.303	957	7.283
7 – Siena	3.326	1.948	812	6.086
8 – Livorno	3.791	2.197	911	6.899
9 – Grosseto	2.690	1.540	638	4.868
10 – Firenze	9.491	5.519	2.307	17.317
11 – Empoli	2.463	1.415	587	4.465
12 – Viareggio	1.773	992	411	3.177
<b>Toscana</b>	<b>41.416</b>	<b>23.865</b>	<b>9.932</b>	<b>75.213</b>

Fonte: ARS su dati Studio ICare n=725, Studio ILSA n=563, Studio INChianti n=1.138, Studio Vecchiano n=1.601

Questa distribuzione ha forti implicazioni sul dimensionamento dei servizi, che saranno principalmente diagnostico-terapeutici per la fase lieve, integrati per la fase moderata ed assistenziali nella fase grave.

I quattro studi qui utilizzati per la produzione delle stime di prevalenza non dispongono del dato sui disturbi del comportamento. Dato che tali disturbi, frequentemente associati alla demenza, costituiscono uno dei determinanti fondamentali del bisogno assistenziale di questi pazienti, abbiamo prodotto una stima del fenomeno a partire dai dati rilevati dallo studio Bi.S.S. già citato, nel quale però non è disponibile il dato relativo alla diagnosi di demenza, ma soltanto il dato relativo alla presenza di deficit cognitivo (non sempre indicativo di demenza) rilevato, tra l'altro, solo in soggetti dipendenti nelle BADL. Secondo questo studio, gli anziani non istituzionalizzati e non autosufficienti con deficit cognitivo moderato o grave residenti in Toscana al 01/01/2009 sono 35.703 (dato compatibile con i 33.797 soggetti dementi moderati e gravi stimati sulla base dei quattro studi precedenti). All'interno di questa popolazione di soggetti con deficit cognitivo, i disturbi del comportamento risultano presenti, in forma moderata, nel 17,5% dei casi e, in forma grave, nel 8,5% dei casi, pari rispettivamente a 6.263 e 3.029 anziani residenti in Toscana.

## **8.2 L'esperienza del Fondo per la non autosufficienza**

Come già ricordato, con l'“Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza” la Regione ha inteso disciplinare tutti gli interventi promossi a

favore delle persone non autosufficienti anche tramite l'istituzione di un apposito Fondo regionale, con il quale si è voluto realizzare un insieme di servizi per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti. Tra i presupposti più significativi dell'intervento è la necessità di affrontare, con specifici ed appropriati interventi assistenziali, i fenomeni correlati sia all'avanzato processo di invecchiamento della popolazione sia alla estensione delle fragilità, in stretto collegamento con le dinamiche socio-demografiche che interessano la nostra regione. La legge 66/2008 rende indifferibile delineare una idonea organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari integrati per la persona non autosufficiente - attualmente non viene infatti assicurato un corrispondente grado di copertura del crescente livello dei bisogni - destinando un volume di risorse pubbliche finalizzate a questo scopo con l'obiettivo di raggiungere un numero maggiore di non autosufficienti assistiti. La legge, tuttavia, sia pure atto fondamentale, non rappresenta l'unico strumento che si è messo in campo. Infatti, se si vuole leggere l'esperienza regionale, lo si deve fare a partire da quel complesso di norme che ridisegnano complessivamente il sistema dell'integrazione socio-sanitaria ed in particolare il settore della non autosufficienza. I due Piani di settore (Sociale e Sanitario) che dettano la programmazione sino al 2010 anticipando per certi aspetti la loro definitiva unificazione, i regolamenti attuativi relativi al sistema autorizzativo e di accreditamento, il recente atto di indirizzo sulla compartecipazione dei cittadini, la stessa legge istitutiva del Fondo con i relativi atti attuativi, la riforma della l.r. 40/2005 che di fatto istituisce la Società della Salute come organismo consortile che esercita "il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio", sono gli elementi di questo complesso sistema di norme che ridisegna tutto il sistema dei servizi sociali e sanitari territoriali.

Si tratta, pertanto, di un impianto programmatico che delinea gli obiettivi e la strategia dell'azione regionale focalizzando in modo particolare quelli che sono i percorsi della programmazione stessa, i soggetti coinvolti e traccia un percorso attraverso il quale dare piena attuazione alla gestione unitaria ed integrata del Fondo.

Nello specifico, con l'"Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" (articolo 1, comma 3, l.r. 66/2008), si delimitano gli obiettivi regionali che sono: il miglioramento qualitativo e l'appropriatezza delle risposte assistenziali e la realizzazione di un sistema centrato sulla prevenzione della non autosufficienza e il sostegno ai percorsi assistenziali domiciliari e relativi alla vita indipendente. La legge inoltre definisce i beneficiari del Fondo, i livelli organizzativi, il sistema di governo territoriale, delineando le procedure e la strumentazione necessaria attraverso cui assicurare l'accesso, la valutazione e la presa in carico della persona non autosufficiente e della sua famiglia. Infine si organizzano quelli che sono i cardini della rete integrata degli interventi in grado di fornire un valido supporto alle persone anziane che vivono condizioni di fragilità sociale o alle persone che sono in situazioni più gravi di non autosufficienza. Per tutto ciò, il complesso normativo e programmatico regionale fornisce indicazioni ai servizi distrettuali territoriali perché organizzino e sviluppino interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, nonché azioni promozionali, di prevenzione e di tutela, dirette all'area della "fragilità", ovvero verso quelle persone che presentano condizioni di debolezza sotto il profilo della salute e sulla base delle condizioni socio/relazionali/abitative. In sostanza, le politiche regionali di assistenza verso le

persone anziane intendono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana. Come si evidenzia nella tabella che segue, le risorse messe in campo per realizzare tutto ciò - sia pure ancora insufficienti per coprire complessivamente il fabbisogno legato alla non autosufficienza toscana - costituiscono un primo grosso investimento da parte della Regione, che si è impegnata a mantenere invariato, per gli anni a venire, il loro complesso indipendentemente dal livello dei trasferimenti nazionali.

**Tabella 8.7**

*La destinazione delle risorse regionali anni 2008 e 2009 – valori in euro*

<b>Riparto</b>	<b>Anno 2008 (sett./dic)</b>	<b>Anno 2009 (previsione)</b>
Quote sanitarie aggiuntive in RSA	6.563.600,00	24.497.924,00
Hospice	-----	8.071.345,00
Fondo distribuito alle Zone	20.000.000,00	45.500.000,00
Quota a disposizione della Regione	460.100,00	1.930.731,00
Supporto PUA e UVM	1.315.000,00	1.450.000,00
<b>T o t a l e</b>	<b>28.338.700,00</b>	<b>81.450.000,00</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

Nella sua parte più operativa tutto il sistema degli interventi viene esplicitato nel progetto regionale, che racchiude il sistema degli obiettivi, la strumentazione e le azioni necessarie affinché sul livello territoriale possano trovare concreta attuazione. Accanto, vengono sviluppate azioni quali: la messa a regime di un unico sistema informativo, il piano di comunicazione ed il piano di formazione. In particolare, per quanto attiene alla comunicazione, il piano regionale prevede l'adozione di un unico logo identificativo del sistema dei servizi per la non autosufficienza, l'allestimento uniforme degli oltre 300 Punti Insieme come porte di accesso al sistema dei servizi, l'attivazione del numero verde regionale, una campagna comunicativa mirata che interessa il complesso dei servizi pubblici e privati ed una campagna pubblicitaria indirizzata alla popolazione della regione attraverso quotidiani, radio e TV locali.

Elemento strategico rilevante ai fini della riorganizzazione complessiva del sistema dei servizi territoriali è poi il piano di formazione pluriennale importante non solo per il rilevante numero di operatori coinvolti (circa 5.000), ma anche per le modalità con le quali è pensato e strutturato, dal momento che si prevede il ricorso agli stessi operatori come formatori "a cascata" del sistema e un'articolazione di moduli differenziati sulla base dei diversi bisogni formativi.

Accanto a tutto ciò, l'attività di monitoraggio e valutazione assume una rilevanza fondamentale allo scopo di strutturare l'efficace azione di accompagnamento che la Regione intende svolgere affinché si realizzi un sistema in grado di garantire su tutto il territorio regionale le stesse possibilità di accesso, valutazione e presa in carico. L'approccio alla valutazione del progetto fa infatti riferimento ad un modello di efficacia sociale che non guarda solo al risultato economico d'esercizio quale parametro di economicità e di capacità di sviluppo, ma anche, e soprattutto,

all'adeguatezza degli interventi/attività sia rispetto al bisogno che li ha generati che alle prospettive che ispirano l'azione progettuale nel suo insieme.

## **Il monitoraggio Fondo**

Con l'avvio del progetto e l'istituzione del Fondo regionale nasce l'esigenza di avere uno strumento che consenta di monitorare l'attivazione sul territorio del progetto stesso e l'utilizzazione del Fondo da parte delle zone sociosanitarie.

E' stato realizzato quindi l'applicativo denominato "FNA" che consente di rilevare i dati aggregati relativi ai servizi attivati attraverso il Fondo non autosufficienza. Tale applicativo si inserisce nel più ampio progetto di sistema informativo sociale e, all'interno della strategia complessiva, deriva dall'obiettivo di creare strumenti che offrano tempestiva conoscenza su specifici fenomeni.

Per ciascuna zona sociosanitaria uno o più operatori sono abilitati ad accedere allo strumento con modalità online (<https://webs.rete.toscana.it/fna>) e mensilmente sono chiamati a compilare le schede che consentono il monitoraggio in particolare di:

- attività dei punti di accesso che ricevono le segnalazioni di bisogno (Punti insieme e Punti Unici di Accesso);
- tipologia del soggetto segnalante;
- attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) con indicazione della quantità dei casi valutati nel mese e della quantità di progetti assistenziali personalizzati definiti;
- tipologia e costi delle prestazioni/servizi offerti all'interno dei progetti definiti nel mese di riferimento, suddivisi tra le macrocategorie: inserimento in RSA, inserimento in centro diurno, assistenza domiciliare indiretta, assistenza domiciliare diretta, altri servizi;
- rapporto tra la spesa totale e la quota del Fondo non autosufficienza utilizzata;
- dati mensili relativi alle liste di attesa .

La legge regionale n. 66/2008, con l'articolo 17, istituisce un debito informativo per le zone sociosanitarie nei confronti della Regione relativo ai dati su servizi/interventi attivati per la non autosufficienza. La medesima legge prevede che qualora il debito informativo non sia soddisfatto nei tempi e nelle modalità previste, la Giunta regionale possa modificare i criteri di ripartizione del Fondo.

Il monitoraggio del progetto assistenza continua alle persone non autosufficienti è a regime dall'inizio dell'anno 2008; per l'anno precedente sono stati rilevati i dati sintetici di spesa per le zone che avevano partecipato alla fase pilota del progetto.

Per l'anno 2008 e per il primo semestre 2009 le elaborazioni prodotte<sup>33</sup> disegnano un quadro preciso dei servizi/interventi offerti del quale è possibile delineare gli aspetti più rilevanti tramite le tabelle seguenti.

---

<sup>33</sup> Le elaborazioni dei dati rilevati attraverso l'applicativo FNA sono prodotte dal Settore integrazione sociosanitaria e non autosufficienza – Area di coordinamento Politiche sociali integrate – Regione Toscana

**Tabella 8.8**

*Dati relativi alle domande di intervento pervenute. Anno 2008 e primo semestre 2009 – valori assoluti*

<b>Numero Domande di intervento</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Primo semestre 2009</b>
Totale domande pervenute (casi semplici e complessi)	33.555	25.619
Di cui casi complessi	18.487	15.119
- pervenuti al PUA	9.441	6.670
- pervenuti al Punto Insieme	9.046	8.449

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

**Tabella 8.9**

*Casi complessi valutati dall'UVM. Anno 2008 e primo semestre 2009 – valori assoluti e percentuali*

<b>Casi complessi valutati dall'UVM</b>	<b>Anno 2008</b>	<b>Primo semestre 2009</b>
Totale valutazioni	13.919	10.429
- di cui con PAP	12.297	9.481
- di cui senza PAP	1.622	948

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

**Tabella 8.10**

*Numero di domande per segnalante. Anno 2008 e primo semestre 2009 – valori assoluti e percentuali*

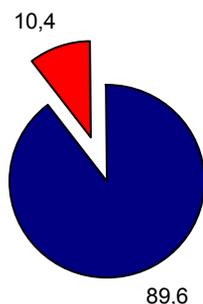
<b>Segnalante</b>	<b>Numero domande</b>	<b>Percentuale %</b>
Utente	1.472	9,7
Familiare	7.600	50,3
Medico curante	2.014	13,3
Medico specialista	77	0,5
Servizi sociali	1.422	9,4
Terzo Settore	86	0,6
Presidio ospedaliero	2.090	13,8
Privato cittadino	91	0,6
Altro	267	1,8
<b>Totale</b>	<b>15.119</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

**Tabella 8.11***Dati relativi all'assistenza e alla spesa programmata. Primo semestre 2009*

Tipologia di assistenza	Servizi attivati	Spesa programmata	Di cui risorse aggiuntive regionali	Distribuzione spesa/servizi	% risorse aggiuntive regionali
Assistenza domiciliare diretta	9.701	10.399.071	5.394.094	14,2	51,9
Assistenza domiciliare indiretta: assistente familiare	2.095	8.750.688	2.955.529	11,9	33,8
Assistenza domiciliare indiretta: altre forme di assistenza	845	1.536.850	721.386	2,1	46,9
RSA – permanente	1.749	39.060.866	1.945.153	53,3	5,0
RSA – temporaneo	1.425	7.029.005	2.391.988	9,6	34,0
Centro diurno	606	5.759.539	900.194	7,9	15,6
Altri servizi	423	717.683	322.477	1,0	44,9
<b>Totale</b>	<b>16.844</b>	<b>73.253.801</b>	<b>14.630.821</b>	<b>100,0</b>	<b>20,0</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

**Figura 8.3***Servizi attivati. Primo semestre 2009 – valori percentuali*

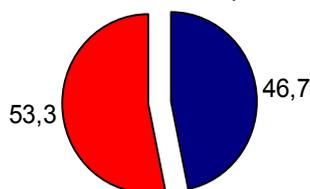
■ Domiciliare: Assistenza domiciliare indiretta; Assistenza domiciliare diretta; RSA temporaneo; Centro diurno; Altri servizi

■ RSA - permanente

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

**Figura 8.4**

Spesa programmata. Primo semestre 2009 – valori percentuali



■ Domiciliare: Assistenza domiciliare indiretta; Assistenza domiciliare diretta; RSA temporaneo; Centro diurno; Altri servizi

■ RSA - permanente

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

\*\*\*\*\*

### **Box di approfondimento: il caregiver**

All'interno di un quadro territoriale secondo il quale gli anziani nel 2040 rappresenteranno circa il 32% dell'intera popolazione regionale anche il declino dell'attitudine della famiglia a prendersi cura del non autosufficiente sembra una tendenza generale ed affermata. Per una molteplicità di fattori, inclusi l'aumento dell'attività lavorativa che coinvolge le donne – tradizionalmente chiamate ad occuparsi dell'assistenza familiare – e le caratteristiche del mercato del lavoro e dei servizi pubblici italiani che rendono difficoltosa la conciliazione delle attività lavorative con quelle assistenziali, diminuisce infatti la disponibilità e la possibilità da parte dei nuclei familiari a prendersi cura del parente non autosufficiente. Anche la Toscana, che pure è caratterizzata da una coesione sociale ben più accentuata di altri contesti, non pare immune da questa tendenza generale. In questo contesto subisce un'evoluzione conseguente la figura del *caregiver*, inteso come quel soggetto che si prende cura dell'anziano e del *primary caregiver*, ovvero la persona che coordina l'assistenza anche quando altri familiari, conoscenti, personale dei servizi socio-sanitari pubblici, privati e di volontariato, rappresentano la molteplicità di figure che, insieme, si occupano dell'assistenza alla non autosufficienza. Se la teoria economica affronta infatti ormai da tempo il tema della tutela delle persone non autosufficienti concentrandosi sulle possibili modalità di finanziamento, sulle diverse strategie di individuazione dei beneficiari, sull'efficienza e sull'efficacia delle prestazioni, sulla sostenibilità intergenerazionale dei modelli di welfare, meno approfondito è il tema di chi sono i *primary caregiver* sui nostri territori, chi sono i *caregiver* e quali sono i modelli di scelta e di assistenza che legano queste figure attorno all'anziano non autosufficiente. Una recente indagine<sup>34</sup> condotta nell'ambito della Società della Salute di Empoli dà in questo senso alcune preziose indicazioni, almeno parzialmente estendibili a tutto il territorio regionale, anche se con le

<sup>34</sup> Irpet *Le famiglie e l'assistenza agli anziani non autosufficienti: il caso empolesse*, Firenze, 2009.

adeguate cautele. Secondo la rilevazione, il lavoro di assistenza ai non autosufficienti è ancora oggi svolto in prevalenza da donne (71% del totale) per lo più legate da uno stretto vincolo di parentela con l'anziano (figlio/a nel 54% dei casi, coniuge nel 21%, genero/nuora nel 12%). L'età è piuttosto avanzata (quasi il 70% ha superato i 55 anni) e si tratta prevalentemente di persone non occupate (oltre il 70%). Un ulteriore elemento che incide sull'assistenza fornita è il titolo di studio posseduto. A livello nazionale si riscontra infatti una correlazione positiva tra il livello di istruzione e l'attività assistenziale: tra i *caregivers* il 16% è laureato ed il 34% diplomato mentre tra coloro che, pur appartenendo alle medesime classi di popolazione, non prestano attività assistenziale le percentuali sono, rispettivamente, dell'11% e del 27%<sup>35</sup>.

Nella scelta del modello assistenziale i *primary caregiver* sono condizionati principalmente da tre fattori legati da una parte al proprio reddito e al proprio grado di altruismo, dall'altra al livello di disabilità della persona assistita. Per quanto riguarda il primo punto, i risultati degli studi<sup>36</sup> mostrano che all'aumentare del reddito guadagnato dal *caregiver* aumenta la tendenza a trasferire all'anziano somme monetarie sempre più ingenti per far ricorso ad acquisto di prestazioni assistenziali e particolari ausili, mentre diminuisce, anche se in genere in maniera meno che proporzionale, il tempo che il *caregiver* dedica all'anziano. A parità di reddito del familiare, l'ammontare di risorse trasferite è influenzato dal reddito e dal patrimonio dell'anziano: all'aumentare di questi ultimi diminuisce infatti il volume di risorse trasferite. Questi risultati, piuttosto intuitivi, sono spiegabili assumendo una piena razionalità da parte dei figli, che tendono a concentrare il proprio impegno in quelle mansioni nella quali riescono meglio. Questo vuol dire che se il potenziale *caregiver* ha un'alta produttività sul mercato del lavoro e riesce a guadagnare un reddito ingente, nel momento in cui decide di prendersi cura dell'anziano in prima persona si troverà a dover rinunciare a benefici consistenti.

Almeno parzialmente legati al tema del reddito del *caregiver* sono poi gli altri fattori che influenzano la possibilità di dedicare tempo ed energie all'assistenza dell'anziano e che sono legati al numero complessivo di ore di lavoro settimanali nonché alla flessibilità di orario della quale può godere. In assenza di un impiego l'assistenza all'anziano non autosufficiente viene svolta personalmente, mentre nel caso di un lavoro part-time o comunque flessibile si ha una combinazione tra assistenza informale e ricorso ai servizi pubblici. Nel caso di un lavoro a tempo pieno la prevalenza dei casi fa sì che si ricorra all'acquisto di prestazioni assistenziali sul mercato. Altro fattore è sicuramente la difficoltà di conciliare lavoro e assistenza e l'impatto economico che questo ha sul reddito dei *caregiver*. Quasi il 30% dei *caregiver* lavoratori arriva infatti a dover chiedere riduzioni dell'orario lavorativo - in conseguenza delle necessità assistenziali dell'anziano - quantificate prevalentemente in 15/20 ore settimanali, con ripercussioni pari addirittura ad un terzo del reddito medio mensile. Queste considerazioni trovano parziale smentita

---

<sup>35</sup> Eurofamcare (2007), *Supporting family carers of older people in Europe – the pan-european background*

<sup>36</sup> Zissimopoulos J. (2001), *Resource transfer to the elderly: do adult children substitute financial transfer for time transfer?*, Labour and Population Program, Working Paper 01-05, Rand; Sloan F.A., Zhang H.H., Wang J. (2002) *Upstream intergenerational transfers*, in "Southern Economic Journal", 69(2): 363-380; Pestieau P., Sato M., (2004) *Long-Term Care: the State, the Market and the Family*, CORE Discussion Paper 2004/82; Pestieau P., Sato M., (2008) *Long-Term Care: the State, the Market and the Family*, *Economica* 75, 435-454

nel momento in cui si introduce nel quadro un ulteriore aspetto che è quello dell'eredità: il potenziale *caregiver* potrebbe essere attratto dall'idea di avere un posto di riguardo nei trasferimenti finanziari che avverranno al momento della morte dell'anziano in virtù dell'attività assistenziale prestata. Seguendo questo ragionamento potrebbero decidere di sacrificare, completamente o solo in parte, l'attività sul mercato del lavoro a favore di quella assistenziale. I risultati ottenuti da alcuni autori<sup>37</sup> mostrano che tale fenomeno si verifica se l'entità dell'eredità è apprezzabile e se il non autosufficiente riesce ad utilizzare tali risorse in maniera strumentale allo scopo di ottenere assistenza dalle persone care.

Il secondo fattore, legato al tema dell'altruismo del soggetto che si dedica all'assistenza della persona non autosufficiente, si può definire come il benessere percepito dal fornire di assistenza in maniera non formale e non retribuita. Gli studi teorici<sup>38</sup> raggiungono risultati piuttosto intuitivi: all'aumentare del grado di altruismo cresce, a parità di altre condizioni, la rilevanza dell'assistenza che viene fornita dal *caregiver*. Essi mettono in rilievo anche una ulteriore caratteristica del fattore oggetto di analisi, ossia la difficoltà a verificarne la presenza e l'entità<sup>39</sup>.

Il terzo fattore, il livello di disabilità dell'anziano, è ovviamente una variabile altamente significativa nel momento in cui si sposta il focus dell'attenzione sui modelli assistenziali. Se infatti è vero che in presenza di bassi livelli di disabilità i compiti assistenziali richiesti sono facilmente espletabili anche da personale *unskilled*, all'aumentare della gravità della situazione il carico assistenziale richiede la presenza di personale più qualificato ed in possesso di specifiche competenze. Sui *caregiver* familiari queste considerazioni si traducono tuttavia in modelli di comportamento non sempre uniformi e facilmente prevedibili. Laddove aumenta la specializzazione richiesta per l'assistenza, non diminuisce in maniera sensibile il supporto prestato dai *caregiver* familiari, anche se non in possesso di competenze specifiche. Piuttosto, l'assistenza non specialistica diventa significativamente complementare con le prestazioni degli operatori specializzati. In altri termini, mentre i familiari sono disposti a delegare l'assistenza del non autosufficiente quando l'anziano è dipendente in maniera non rilevante, essi non lo sono più quando il soggetto presenta elevati livelli di disabilità rendendosi disponibili a partecipare attivamente all'attività assistenziale insieme ad operatori specializzati.

---

<sup>37</sup> Zweifel P., Strüwe W. (1996), Long-Term Care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships, *Journal of Risk and Uncertainty*, 12, 65-76; ; Pestieau P., Sato M., (2004) Long-Term Care: the State, the Market and the Family, CORE Discussion Paper 2004/82; Pestieau P., Sato M., (2008) Long-Term Care: the State, the Market and the Family, *Economica* 75, 435-454

<sup>38</sup> Jousten A., Lipszyc B., Marchand M., Pestieau P. (2005), *Long-term care insurance and optimal taxation for altruistic children*, in "FinanzArchiv", 61: 1-18

<sup>39</sup> La questione diventa particolarmente rilevante non appena si passa dalla fase di analisi a quella di *policy*. In quest'ultimo contesto, infatti, non ci si può esimere dal dare una risposta a questioni del tipo: è meglio sostenere le situazioni nelle quali il familiare si prende cura altruisticamente dell'anziano - garantendo un maggior benessere a quest'ultimo ed un minor ricorso a prestazioni pubbliche- o contesti nei quali il non autosufficiente viene lasciato solo da parenti non altruisti, mossi dall'esigenza di tutelare una persona in condizioni peggiori? In altri termini, come si chiedono Francesconi e Razzanelli [2008], "il *caregiver* familiare è da considerarsi una ricchezza del paziente, che ha quindi meno bisogno di sussidi o servizi da parte dell'ente pubblico, oppure una ricchezza del sistema assistenziale che va quindi incoraggiata e premiata"? Questioni del genere sono trattate nei modelli citati nella ricerca, nei quali viene spesso evidenziato che le politiche adottate dall'operatore pubblico rischiano talvolta di generare risultati difformi rispetto agli obiettivi perseguiti, caratterizzandosi quali classici casi di eterogenesi dei fini.

La spiegazione di questo risultato risiede, oltre che nelle differenti caratteristiche dei due tipi di cure formali (estensive quelle fornite da personale *unskilled*, intensive quelle erogate da personale specializzato), anche in motivi legati alla migliore comprensione dei bisogni dell'anziano. In altri termini, se il familiare è sufficientemente altruista nei confronti dell'anziano avrà interesse a far valere la sua maggiore capacità di comprendere le sue necessità quando quest'ultimo presenta bisogni particolarmente ingenti. Il tema dell'assistenza *skilled* o *unskilled* ha anche a che fare in maniera sensibile con l'identificazione dei prestatori di assistenza. All'interno del panorama dell'assistenza ai non autosufficienti, infatti i collaboratori domestici hanno un ruolo di primaria importanza, tanto che il 42% dei *primary caregivers* dichiara di utilizzare questo servizio e tra loro oltre la metà dice di aver assunto una badante che convive con l'assistito (53%) o che comunque si occupa di quest'ultimo per oltre 60 ore settimanali (55%). Si tratta prevalentemente di personale straniero (86%) e quasi sempre di donne (98%), che non di rado vengono assunte irregolarmente attingendo dalle reti di conoscenza informali. La ricerca ha inoltre messo in rilievo che alla diffusa presenza di lavoro nero o grigio non corrisponde un sostanziale abbassamento del salario garantito rispetto a quello previsto nel contratto nazionale. Tale situazione, che in alcuni casi incontra anche i favori delle badanti straniere, si inserisce in un contesto nel quale l'informalità dei rapporti lavorativi prevale nettamente su ogni forma di ufficialità. All'interno di un quadro di questo genere, i servizi erogati dalla pubblica amministrazione risultano in vari punti migliori rispetto alla media nazionale e soprattutto a molte altre realtà regionali, ma non si discostano sostanzialmente da quanto rilevato a livello italiano per quanto riguarda l'aspetto quantitativo. La tradizionale scarsità dei servizi pubblici a favore dei non autosufficienti nel nostro paese - esito di un modello di welfare di stampo familista storicamente adottato - si scontra così con le mutate esigenze dei potenziali utenti, si traduce in una assistenza domiciliare (ADI) poco estesa e poco incisiva rispetto al necessario ed in una rilevanza marginale delle altre opzioni assistenziali (centri diurni, ricoveri di sollievo, ecc.). Nonostante gli utenti si dichiarino molto soddisfatti delle prestazioni ricevute, i servizi dimostrano una scarsa capacità di conciliare attività di assistenza e lavoro dovuta anche alla rigidità di un mercato del lavoro tradizionalmente restio a generare impieghi part-time o ad orario flessibile. Migliori sono invece le ripercussioni sul tempo libero del *caregiver*, rispetto al quale i servizi pubblici creano spazi di libertà e di alleggerimento del "peso" dell'assistenza. Importante e positivamente valutato è inoltre l'apporto del volontariato, la cui azione è fondamentale per un numero sostanzialmente contenuto di soggetti che però fanno riferimento ai servizi in maniera ingente. Anche questo tipo di servizi infatti, seppure mostra una bassa attitudine a conciliare lavoro e assistenza all'anziano disabile, riesce ad avere positive ripercussioni sul tempo libero del *caregiver* sgravandolo di alcune mansioni e aiutandolo ad espletare con minore difficoltà l'onere assistenziale al quale è chiamato.

\*\*\*\*\*

### 8.3 La disabilità

Il tema della disabilità rappresenta un argomento sul quale, da molti anni, si è aperto un interessante dibattito internazionale volto ad identificare i criteri specifici in grado di formulare una definizione unica ed appropriata di disabilità. Il raggiungimento di questo ambizioso obiettivo sembra trovarsi all'interno della "Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità" che, all'articolo 1, apporta una profonda modifica al concetto definendo i disabili "persone che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri".

Il forte cambiamento concettuale al quale si sta lavorando, non va però di pari passo con la necessità di fornire informazioni statistiche indispensabili ai fini di una programmazione delle politiche socio-sanitarie. A questo proposito l'Istat ha progettato un sistema informativo sulla disabilità che cerca di valorizzare ed uniformare tutto il patrimonio informativo esistente su questo tema basandosi su statistiche provenienti dalle indagini campionarie fondate sulla classificazione *International Classification of Impairments Disability and Handicaps* (ICIDH) e si pone, come ulteriore obiettivo, l'implementazione statistica dei concetti elaborati nella classificazione ICF.

Attualmente i dati disponibili presentano numerosi limiti derivanti da caratteristiche intrinseche come: le diverse tipologie di disabilità; la reticenza da parte delle persone ad ammettere la propria condizione (soprattutto nell'ambito della salute mentale); la mancanza di uniformità e di informatizzazione nella registrazione della certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 4 della legge n. 104/1992; la difficoltà di stimare il numero dei bambini in età prescolare in quanto non ricavabili dal sistema informativo degli Uffici scolastici regionali.

In base alle stime ottenute dall'indagine Istat sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari 2004-2005, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 600mila, corrispondenti circa al 4,8% della popolazione superiore ai 6 anni che vive in famiglia. Dobbiamo tener presente che questo dato non comprende i bambini di età inferiore ai 6 anni e le persone che vivono in istituto. I bambini minori o uguali a 6 anni vengono stimati dall'Istat in circa 42.460, prendendo come riferimento sia la prevalenza delle malformazioni alla nascita (pari all'1% dei nati) che la percentuale di bambini disabili che frequentano la prima elementare (pari all'1,3% degli iscritti). Per quanto riguarda la stima dei disabili che vivono all'interno di residenze socio-sanitarie, i dati provenienti dalla rilevazione condotta su queste strutture indicano nel 2003 (ultimo anno disponibile) la presenza di 190.134 persone. Si può parlare, quindi, complessivamente, di circa 2 milioni e 800mila persone con disabilità. L'andamento sul territorio nazionale mostra una progressione Nord-Sud con valori nettamente superiori nelle regioni meridionali. Il valore più alto, infatti, si riscontra in Sicilia dove la popolazione disabile raggiunge il 6,6% del totale rispetto al 3% rilevato in Trentino Alto Adige.

La Toscana si colloca al di sotto del valore nazionale del 4,8%, dal momento che fa rilevare un tasso standard pari al 4,5%, e individua 30.000 persone disabili di età compresa fra 6 e 64 anni, 29.000 persone nella fascia di età 65 – 74 anni e 120.000 ultra75enni.

Analizzando lo stato di salute dei disabili, la loro condizione risulta fortemente associata a forme patologiche di tipo cronico-degenerativo con percentuali nettamente superiori alla popolazione generale. A livello nazionale il 60,8% lamenta un problema multicronico (rispetto all'11,8% della popolazione generale) mentre il 59,4% risulta affetto da gravi malattie croniche (rispetto all'11,6% della popolazione generale). Riportando il dato alla realtà toscana, possiamo calcolare che su un totale di 179.000 disabili, circa 109.000 accusano un problema multicronico e 106.000 soffrono di gravi malattie croniche.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi territoriali, il censimento effettuato nell'anno 2008 degli utenti disabili (di età compresa fra 0 e 64 anni) ha portato ad un totale di 25.648 soggetti. Di questi, come è peraltro riportato nella tabella seguente, 4.210 sono in possesso della sola individuazione di disabilità ai fini scolastici come previsto dall'art. 2 del d.p.r. 24/02/1994, mentre 25.118 sono in possesso dell'accertamento di disabilità ai sensi dell'art. 4 della legge 104/1992. Di questi circa il 70%, pari a 17.540 persone, è stato riconosciuto in situazione di gravità, con conseguente priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Nel corso del 2008 sono inoltre venute in contatto con i servizi 3.922 persone con disabilità appartenenti alla fascia di età 0-64 anni. Come per l'utenza già in carico, anche in questo caso la quasi totalità risulta in possesso della certificazione di disabilità (art. 4 l.104/1992) e, di questi, più del 40%, ossia 1.694 disabili, sono in situazione di gravità.

**Tabella 8.12**

*Numero di utenti disabili di età 0 - 64 anni in carico ai servizi territoriali toscani. Anno 2008*

Soggetti portatori di disabilità		Soggetti portatori di disabilità con sola individuazione ai fini scolastici (art. 2 del d.p.r. 24/02/1994)		Soggetti portatori di disabilità con accertamento (art. 4 l. 104/1992)		Soggetti portatori di disabilità in situazione di gravità (artt. 3 e 4 della l.104/1992)	
N. totale	Nuovi accessi 2008	N. totale	Nuovi accessi 2008	N. totale	Nuovi accessi 2008	N. totale	Nuovi accessi 2008
25.648	3.922	4.210	383	25.118	3.919	17.540	1.694

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

La suddivisione per fasce di età degli utenti che accedono ai servizi, compatibilmente con il tipo di deficit, individua la fascia 4-18 anni come quella che comprende il maggior numero di utenti affetti da disabilità psichica o sensoriale mentre quella compresa fra 40 e 64 anni risulta la più rappresentata per i deficit fisici o la pluridisabilità. Il danno fisico, nel numero di 8.397 unità (di cui 18,8% nuovi utenti), viene indicato come il principale elemento di disabilità delle persone che si rivolgono ai servizi.

Il dato relativo ai disabili psichici descrive una quota considerevole di utenti (7.339 di cui circa il 10% sono nuovi casi) e porta alla luce il ruolo che questo ricopre nel panorama della disabilità (Tabella 8.13).

**Tabella 8.13**

Numero di utenti disabili in carico ai servizi territoriali suddivisi per età e tipo di disabilità. Utenti già in carico e nuovi utenti. Anno 2008

Fasce di età	Disabilità psichica		Disabilità fisica		Disabilità sensoriale		Pluridisabilità	
	Già in carico	Nuovi utenti al 2008	Già in carico	Nuovi utenti al 2008	Già in carico	Nuovi utenti al 2008	Già in carico	Nuovi utenti al 2008
0 - 3	113	30	237	60	34	10	270	85
4 - 8	2.859	408	1.295	153	320	36	1.570	168
19 - 25	1.058	57	545	47	172	5	817	49
26 - 39.	1.435	80	1.400	196	268	15	1.547	90
40 - 64	1.874	205	4.920	1.125	401	68	3.034	426
<b>Totale</b>	<b>7.339</b>	<b>780</b>	<b>8.397</b>	<b>1.581</b>	<b>1.195</b>	<b>134</b>	<b>7.238</b>	<b>818</b>

Fonte: Regione Toscana, Settore integrazione socio-sanitaria e non autosufficienza

Al fine di fornire un quadro di sintesi più completo possiamo evidenziare che:

- i soggetti totali inseriti in strutture scolastiche sono 8.435 di cui:
  - 5.509 della scuola dell'obbligo;
  - 2.888 della scuola superiore;
  - 38 dell'università;
- i soggetti inseriti in attività di preformazione sono 135;
- i soggetti inseriti in attività formativa sono 206;
- i soggetti con assistenza alla persona in ambito scolastico sono 2.677;
- i soggetti con ausilii in ambito scolastico sono 476;
- i soggetti con ausilii e sostegni in ambito extrascolastico sono 404;
- i soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico sono 1.616;
- i soggetti che hanno usufruito di aiuto personale 2.092;
- i soggetti che hanno usufruito di inserimento socio-terapeutici o borse lavoro sono 1.728;
- i soggetti inseriti al lavoro sono 1.215;
- i soggetti che hanno usufruito del trasporto sono 2.915;
- i soggetti inseriti in strutture residenziali sono 697;
- i soggetti inseriti in residenze assistenziali sanitarie (RSA) sono 761;
- i soggetti inseriti in strutture semiresidenziali sono 2.046;
- i soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive sono 1.304.

### **Il progetto "Vita indipendente"**

La sperimentazione del progetto "Vita indipendente" è partita con d.g.r. n. 8245/2003 a cui sono seguite le linee guida approvate con d.g.r. n. 794/2004 ed ulteriori delibere di proroga della sperimentazione con relativi finanziamenti. In Toscana la sperimentazione ha interessato 4 zone (Pistoia, Firenze Nord-Ovest, Lucca e Livorno) all'interno delle quali in base alle linee guida i servizi hanno selezionato 28 persone. Obiettivo dell'intervento è la realizzazione di un progetto globale di vita che interessa la persona con disabilità e grazie al quale viene favorita la partecipazione attiva alla vita sociale, lavorativa e quindi la realizzazione di processi di piena integrazione sociale.

La sperimentazione del progetto si è conclusa nel 2008 e successivamente si è valutato di estenderne l'applicazione a tutto il territorio regionale attraverso l'avvio di una "fase pilota", della durata di un anno, volta a consentirne un'adeguata valutazione prima dell'inserimento di "Vita indipendente" nella rete ordinaria dei servizi territoriali. In base alle procedure stabilite, sarà l'UVM, ai fini dell'approvazione e del finanziamento dei PAP, ad individuare le persone beneficiarie del servizio, accertando che siano presenti le condizioni necessarie.

### **La scuola cani guida**

La scuola nazionale cani guida per ciechi, fondata dall'Unione Italiana Ciechi nel 1929 in attuazione del d.p.r. 616/1977, viene attribuita alla Regione Toscana che la gestisce dal 1° aprile 1979 e dispone di un disciplinare per il funzionamento approvato dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. 250 del 01/03/2000.

La funzione primaria della scuola, che ha la prerogativa di essere l'unica pubblica nel mondo, è quella di fornire cani addestrati alla guida di persone non vedenti a livello nazionale. Dal 2007 vengono erogati dalla scuola servizi collaterali aggiuntivi, quali programmi di attività assistite da animali (*Pet-therapy*) che sono costituiti da interventi di tipo educativo, ricreativo e/o terapeutico finalizzati al miglioramento della qualità della vita. I programmi si rivolgono a cittadini toscani ospiti di strutture pubbliche o private convenzionate di varia tipologia (RSA, Centri di riabilitazione, Ospedali, Case-famiglia, ecc.). In particolare, con la Fondazione Stella Maris di Calambrone è in atto un progetto di ricerca per validare scientificamente gli interventi terapeutici assistiti da animali, ricerca a cui partecipa anche la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa.

Nel luglio 2008 è stato avviato il progetto sperimentale denominato "Melampo", in collaborazione con "Villa Il Sorriso", struttura della Azienda Sanitaria 10 di Firenze, che prevede la formazione di cani d'ausilio per disabili motori. I cani d'ausilio sono una realtà consolidata in vari paesi europei, ma pressoché sconosciuta in Italia. E' la prima sperimentazione avviata da una struttura pubblica. Scopo del progetto è arrivare alla formazione di tre team (disabile con il proprio cane) che al termine del percorso formativo presentino un certo numero di abilità quali: aprire/chudere porte, premere pulsanti, riportare oggetti, dare allarme a comando o di propria iniziativa, ecc.

L'assolvimento delle funzioni della scuola comporta varie attività connesse con i programmi operativi:

- *Allevamento*. La scuola dispone di un proprio programma di riproduzione che ha avuto inizio nel 1999 con la determinante collaborazione della Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa. Oggi la scuola dispone di 8 riproduttori con una produzione media annua di 20 cuccioli.

- *Affidamento*. Nel primo anno di vita i cuccioli vengono affidati a famiglie volontarie - attualmente circa 60 - per consentire loro di assimilare le corrette regole educative e comportamentali e di abituarsi alle realtà urbane e sociali.

- *Addestramento*. All'età di 12-14 mesi il cane viene inserito nel programma di addestramento che dura in media 5 mesi. I metodi utilizzati escludono qualsiasi azione costringitiva e sono basati esclusivamente sul rinforzo positivo, che consiste nel far aumentare la frequenza di un comportamento desiderato, premiandolo.

- *Corsi*. I corsi di Orientamento e Mobilità (O.M.) sono un'attività introdotta dalla scuola nel 2004. Uno dei motivi più ricorrenti che fanno ritardare l'assegnazione del cane guida è la limitata capacità del richiedente a muoversi autonomamente nello

spazio. Per ovviare a tale inconveniente viene quindi richiesto al non vedente di frequentare un corso residenziale della durata di 10 giorni, rivolto soprattutto alle persone che non trovano nella propria zona residenziale sostegno di questo tipo. In media sono organizzati due corsi l'anno.

In occasione dei corsi di assegnazione è stata rilevata la necessità di trasmettere maggiori informazioni ai non vedenti riguardo la conoscenza dei propri cani. A tal fine è stato deciso, in collaborazione con il Dott. Ciceroni, Veterinario etologo dell'ASL 10 di Firenze, di creare un CD audio con i vari suoni caratteristici dei cani, fisiologici e patologici, in modo che i non vedenti possano avere un riferimento sullo stato del proprio cane. Alla realizzazione del CD, unico nel suo genere, collaborerà la scuola Mirco Mencacci, noto fonico non vedente.

- *Visite delle scuole.* La sede della scuola ospita ogni anno numerose visite di scolaresche sia delle scuole elementari che medie di Scandicci e Firenze. E' questa un'occasione per sensibilizzare i giovani ai problemi della disabilità visiva, alla rimozione delle barriere sia fisiche che sociali che ne ostacolano l'integrazione ed anche all'educazione di un corretto rapporto con gli animali.

- *Aggiornamento professionale del personale.* Negli ultimi anni si è sviluppato l'aggiornamento del personale tecnico. In particolare sono stati svolti corsi sulle tecniche di rinforzo positivo e addestramento dolce (*Clicker Training*), sulla conoscenza dello sviluppo comportamentale del cucciolo (*Puppy Class*), corsi di formazione di conduttori per la Pet Therapy in collaborazione con AIUCA, partecipazione a Master di primo livello presso la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa (Master in Educazione cinofila e Master in *Pet-Therapy*) e formazione specifica per il personale che partecipa al progetto Melampo. Con I.Ri.Fo.R. (Istituto per la ricerca, formazione e riabilitazione) sezione di Firenze, è stato svolto un corso di aggiornamento su varie tematiche relative all'orientamento e mobilità dei non vedenti.

- *Sviluppo di altri ausili.* Il cane guida rimane a tutt'oggi, assieme al bastone bianco, il principale ausilio alla mobilità per le persone non vedenti. Nel tempo si è cercato di sviluppare altre tipologie di ausili, in particolare elettronici, ma che sono sempre risultati complementari e secondari. Un particolare interesse si sta comunque evidenziando in questi ultimi tempi sui navigatori GPS che uniti al bastone o al cane guida possono fornire dettagliate informazioni utili all'orientamento del non vedente.

- *Rapporti con altri soggetti.* Con il Comune di Scandicci i rapporti sono ormai consolidati nel tempo. Dal 2000 la scuola ha stipulato un protocollo di intesa con la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa, l'ENCI (Ente Cinofilia Italiano) e l'Azienda Sanitaria 10 di Firenze all'interno del quale si sono sviluppate varie attività di ricerca. La prima in ordine di tempo riguarda la selezione di linee di sangue dei riproduttori. In seguito è stato avviato lo screening generalizzato di tutti i cani riguardo patologie ereditarie come displasia dell'anca e del gomito e disturbi oculari. La Facoltà di Veterinaria di Pisa partecipa anche alla ricerca con la Fondazione Stella Maris per il controllo del benessere animale e dello stress dei cani utilizzati nelle attività assistite. Ci sono stati rapporti di collaborazione anche con le Università di Parma, Milano e Bologna per ricerche che hanno dimostrato come i cani, nonostante il distacco da varie figure di riferimento, non presentino problemi di attaccamento nei confronti del non vedente e studi sui livelli di stress indotti nei cani durante l'affidamento e l'addestramento che hanno fatto rilevare come tali livelli rientrino nella norma. Frequenti sono stati i rapporti con

associazioni come Lions e Rotary Club, che hanno contribuito, con varie modalità, alle attività della scuola sia con donazioni di cuccioli che con acquisto di attrezzature. All'inizio del 2009 la Regione Toscana ha stipulato un Protocollo di intesa (d.g.r. n.85 del 9 febbraio 2009) con il Consiglio regionale dell'Unione Italia Ciechi e ipovedenti volto allo sviluppo di nuovi ausili e a promuovere un rapporto stabile con gli utenti e le loro famiglie per valutare la qualità dei servizi prodotti ed il soddisfacimento delle esigenze dei destinatari.

- *Dotazione di personale.* Il personale tecnico è di 17 unità, quello amministrativo di 8 unità.

- *Investimenti realizzati.* Nel corso degli anni sono stati realizzati importanti investimenti di tipo strutturale sugli immobili. Nel corso del 2009 è stato completato l'intervento di bonifica acustica del canile della scuola.

- *Risorse finanziarie annue impiegate.* La spesa media annua di gestione è stimata in € 1.250.000,00.

- *Donazioni, contributi e liberalità - 2006/2009.* Le somme incassate nel bilancio regionale sono di € 154.000,00.

### **Tabella 8.13**

*Bisogni soddisfatti - Dati riferiti all'attività primaria- 2006/2009 – valori assoluti*

<b>Tipologia di bisogno</b>	<b>Valore</b>
Utenti che hanno richiesto un cane guida	183
Utenti valutati dalla Commissione Tecnica	215
Utenti che hanno frequentato un corso di O.M.	45
Utenti ai quali è stato assegnato un cane guida	95
<b>Totale</b>	<b>538</b>

Fonte: Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

### **Tabella 8.14**

*Dati annui riferiti ai servizi collaterali (Pet Therapy) – valori assoluti*

<b>Tipologia di servizio collaterale</b>	<b>Valore</b>
Interventi di attività assistita dagli animali presso strutture per anziani	18
Interventi di attività assistita dagli animali presso strutture per disabili psichici	47
Interventi di terapia assistita dagli animali presso "Fondazione Stella Maris"	12
<b>Totale ore</b>	<b>240</b>

Fonte: Regione Toscana, Area di coordinamento politiche sociali integrate

## **La stamperia braille**

La stamperia braille nasce a metà degli anni Venti con sede in Via delle Carra, in seguito alla diffusione del codice braille che consentiva l'accesso alla cultura dei non vedenti.

Con la costruzione dell'Istituto per Ciechi Vittorio Emanuele II, inaugurato nel 1931 nell'attuale Via Nicolodi, la stamperia vi trasferì la propria sede ed entrò a far parte integrante del percorso educativo dei ciechi che vivevano tutto il loro tempo all'interno dell'edificio.

Nel 1979, in seguito alla legge che promuoveva l'inserimento dei disabili nella scuola di tutti e il conseguente scioglimento degli istituti speciali, la stamperia fu assorbita dalla Regione Toscana che fece sue il personale, le strutture e gli archivi oltre alla "mission" di continuare a garantire i sussidi necessari per una reale integrazione culturale e scolastica dei non vedenti inseriti nelle scuole di tutti. Fino agli anni Ottanta la produzione continuò a procedere con mezzi assolutamente

artigianali e di tipo esclusivamente meccanico non più idonei a stare al passo con la richiesta degli utenti. Infatti l'inserimento scolastico comportava la necessità di molti testi diversi, con un grande lavoro di trascrizione specializzata. Iniziò quindi un lavoro di ricerca e di studio per l'introduzione dell'informatica nella produzione braille che consentì, negli anni Novanta, di accedere a macchinari e sistemi di produzione all'avanguardia e con livelli qualitativi molto apprezzati in Italia e anche all'estero, dove la stamperia ha da sempre inviato propri prodotti soprattutto spartiti musicali e immagini a rilievo.

Attualmente la mission della struttura si è arricchita di altri obiettivi per il completo inserimento culturale dei non vedenti quali:

1. attenzione alle disabilità visive non strettamente legate alla completa cecità. In particolare è stato attivato un progetto di formazione all'interno del carcere di Porto Azzurro per la stampa di testi ingranditi per ipovedenti;
2. ampliamento dell'ambito di intervento non più legato al solo settore scolastico anche se questo mantiene la priorità assoluta con interventi legati all'accessibilità nei musei, nei parchi, negli uffici, nelle zone di pubblica utilità (cartellonistica, segnaletica, legende esplicative...);
3. produzione di testi illustrati particolarmente dedicati alla prima infanzia e come strumenti di prescrizione e avvio alla conoscenza del braille.

Si ricorda inoltre come i sistemi informatici più avanzati non possono e non devono sostituire la scrittura braille, che rimane l'unico sistema per la reale conoscenza della lingua sia nella sintassi che nell'etimo e nella morfologia. Le pubblicazioni in braille rimangono quindi elementi indispensabili per la piena competenza culturale dei ciechi e i testi in braille sono sempre più numerosi. Per il settore scolastico la richiesta rimane sempre molto alta e con necessità di risposte in tempi molto stretti, legati alle esigenze dell'insegnamento. Aumenta però la richiesta di libri braille anche riguardo a materie nuove come l'informatica, l'insiemistica, la fisica e la chimica. La stamperia braille è in contatto con i migliori ricercatori scientifici nel settore, con le strutture riconosciute per la garanzia di qualità del braille e costituisce punto di riferimento indiscusso per la consulenza e la collaborazione con chiunque intenda produrre materiale braille.

## Capitolo 9 – L’immigrazione

### 9.1 Per una nuova cittadinanza sociale: la legge 29/2009 e le politiche regionali sull’immigrazione

La Regione Toscana, al fine di favorire il migliore sviluppo delle politiche di integrazione della popolazione straniera, ha promulgato, a conclusione di un forte percorso di consultazione sviluppato nell’intero territorio, la legge regionale 29/2009 recante “norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”. Al cuore delle politiche regionali e della nuova legge sull’immigrazione si colloca l’obiettivo di costruire una comunità “plurale e coesa”, intesa come un modello di comunità alternativo rispetto ad altri affermatosi in ambito internazionale. Il primo cui si fa riferimento è quello “assimilazionista” centrato su una forte identità nazionale al cui interno si prospetta l’integrazione delle comunità straniere immigrate. L’altro modello è quello “multiculturale” fondato sulla convivenza all’interno di un determinato territorio di una pluralità di culture tutte riconosciute e rispettate nella loro peculiarità ma che si collocano in un ambito di reciproca separazione e indifferenza. La proposta del modello di una comunità plurale e coesa si colloca invece di fronte al fenomeno crescente della convivenza in uno stesso territorio di popolazioni con differenti provenienze, con differenti culture e differenti lingue, con uno sforzo teso alla creazione delle condizioni perché queste componenti della società entrino tra loro in efficace e positiva comunicazione. La creazione di queste condizioni può consentire di trasformare il fenomeno migratorio da quello che talora viene avvertito come un problema o come una minaccia per i nostri territori in un’opportunità di crescita per le comunità non solo per quegli aspetti attinenti al punto di vista demografico e allo sviluppo economico.

E’ infatti riconosciuto come il fenomeno migratorio nell’intero ambito europeo tenda a colmare un deficit di crescita demografica e vuoti occupazionali in settori del mondo del lavoro anche molto delicati e complessi come quello del lavoro domiciliare e di cura. Il fenomeno migratorio può quindi rappresentare un’opportunità di complessiva crescita civile e culturale per le comunità. Occorre però creare le condizioni perché si sviluppino una comunicazione efficace tra le culture e la condivisione di un sistema di diritti e doveri in grado di porsi alla base di una positiva convivenza civile ed in particolare questo riguarda il superamento delle condizioni di disuguaglianza che ostacolano un processo di positiva integrazione delle persone e delle comunità straniere.

Una prima condizione di disuguaglianza sostanziale riguarda la precarietà di status giuridico che caratterizza nella fase storica attuale la condizione del cittadino straniero e che si traduce nella necessità di legittimare periodicamente la propria presenza sul territorio con rinnovi del permesso di soggiorno e la dimostrazione della sussistenza di alcuni requisiti. Questa condizione incide in maniera fortissima sulla vita e sulle prospettive del cittadino straniero e può anche compromettere la fruizione effettiva dei diritti formali a lui riconosciuti: finché infatti sussiste una condizione di precarietà sotto il profilo del diritto al soggiorno, la preoccupazione esistenziale principale e assorbente del cittadino straniero rimane quella tesa al mantenimento delle condizioni di regolarità. Occorre quindi innanzitutto sviluppare

interventi tesi ad accompagnare il cittadino straniero nel percorso di stabilizzazione che si realizza con fasi precise quali i rinnovi periodici dei titoli di soggiorno, l'acquisizione del permesso per lungo residente concesso dopo cinque anni di permanenza legale nel territorio fino al momento dell'acquisizione della cittadinanza italiana rappresentativa della piena integrazione nella comunità. A questo proposito, in data 5 marzo 2008 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra Regione Toscana e ANCI Toscana per il potenziamento della rete dei punti informativi impegnati nell'agevolare l'accesso ai servizi di base. Le istituzioni locali vengono quindi chiamate ad agevolare questi percorsi di stabilizzazione con un'azione forte di facilitazione del rapporto tra cittadino straniero e sportello della Pubblica Amministrazione anche attraverso lo sviluppo e il potenziamento della una rete territoriale regionale di sportelli informativi.

Il protocollo ha dato inoltre l'avvio a un progetto denominato "Resisto" che ha visto l'adesione di 126 Comuni della Regione Toscana. E' attualmente in fase di elaborazione un secondo protocollo d'intesa che ha come obiettivo il consolidamento e l'espansione della rete costituita nella prima fase. La progettualità avviata si propone inoltre di ampliare la rete dei Comuni toscani aderenti alla sperimentazione nazionale in una prospettiva di trasferimento agli Enti locali delle competenze relative al rilascio dei rinnovi dei permessi di soggiorno.

La nuova legge regionale sull'immigrazione 29/2009 prevede poi lo sviluppo di un'attività antidiscriminatoria in coerenza con le normative nazionali ed europee in materia. L'attività antidiscriminatoria si svilupperà attraverso la qualificazione di una rete di soggetti deputati alla rilevazione dei casi di discriminazione, il sostegno all'assistenza legale con i soggetti legittimati ad agire in giudizio di cui all'art. 5 del decreto legislativo 9 luglio 2003 n. 215, la promozione di interventi formativi e di campagne informative in materia di antidiscriminazione. L'ottica della promozione dello sviluppo delle sinergie ha suggerito la previsione della collaborazione con il Difensore civico regionale, con la rete dei Difensori civici locali, con la Consigliera regionale di pari opportunità e le Consigliere provinciali di parità nel caso di discriminazione in ambito lavorativo. Da segnalare anche la previsione di una collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) costituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

L'attivazione di politiche di contrasto alle disuguaglianze che caratterizzano la vita dei cittadini stranieri richiede inoltre il superamento delle difficoltà connesse alla diversità di lingua e di cultura. Per il cittadino straniero si può venire infatti a creare una situazione di parità rispetto al cittadino italiano sotto il profilo dei diritti ma può permanere una condizione di disuguaglianza sostanziale legata alla differenza linguistica e culturale che diminuisce la possibilità effettiva di fruizione di servizi e prestazioni, anche molto evoluti, disponibili sul territorio. L'impegno teso al superamento delle disuguaglianze di lingua e cultura nei diversi ambiti delle politiche territoriali di settore (sanità, istruzione, accesso all'alloggio ecc.) si pone pertanto al cuore delle politiche di integrazione delle comunità straniere. Un'azione significativa di forte valore sperimentale in questo senso è stata sviluppata nel settore della scuola attraverso l'adozione di un protocollo d'intesa per l'accoglienza degli alunni stranieri e per lo sviluppo interculturale del territorio pratese.

Il protocollo d'intesa, di durata biennale, è stato firmato nell'aprile 2007 dai rappresentanti della Regione Toscana, degli Enti locali del territorio della provincia di Prato, dalla Sovrintendenza Scolastica Regionale, dal CSA provinciale e dai Dirigenti degli istituti scolastici di primo e secondo grado della provincia. Il

protocollo è poi stato rinnovato per un ulteriore biennio nello scorso mese di ottobre 2009. Le azioni previste nel protocollo d'intesa tendono a creare le condizioni perché il minore straniero acceda al percorso formativo fino ai livelli più alti a parità di condizioni con il minore italiano. Al di là del riconoscimento in favore del minore straniero del diritto formale di accesso alla scuola, occorre infatti sviluppare anche azioni di accompagnamento e di promozione che consentano di costruire una situazione di uguaglianza sostanziale rispetto alle condizioni del minore italiano. Sono stati quindi potenziati e qualificati i laboratori di alfabetizzazione, i servizi di mediazione culturale, la produzione di documentazione informativa plurilingue in favore dei genitori dei minori stranieri. Con la collaborazione dell'Università per Stranieri di Siena e dell'Università per Stranieri di Venezia sono stati avviati percorsi di formazione per l'insegnamento dell'italiano come seconda lingua e per la qualificazione dell'attività di insegnamento in un contesto multiculturale.

In attuazione di accordi di programma con il Ministero del lavoro, della sanità e delle politiche sociali, negli ultimi anni sono stati sviluppati inoltre percorsi di espansione delle opportunità di alfabetizzazione in favore della popolazione straniera adulta che si accompagnano alla promozione di una "cittadinanza attiva". Tali progetti si sono sviluppati con la collaborazione delle Amministrazioni provinciali, dell'Università per Stranieri di Siena, dell'Agenzia nazionale per l'autonomia scolastica. E' stata sviluppata inoltre una proficua collaborazione con i settori dell'Amministrazione regionale competenti negli ambiti della formazione e dello sviluppo dei sistemi informativi al fine di promuovere una sinergia con i progetti regionali impegnati nella diffusione delle opportunità di formazione a distanza (progetto TRIO) e della diffusione di punti sul territorio che offrono un accesso gratuito e assistito ai servizi disponibili nella rete internet (rete dei PAAS) a chi sia sprovvisto degli strumenti e delle conoscenze necessarie. Nello sviluppo dei percorsi di alfabetizzazione si è quindi promosso l'inserimento di contenuti didattici attinenti alla promozione della cittadinanza attiva con l'introduzione di moduli su vari ambiti lavorativi o della vita sociale che possano vedere coinvolto il cittadino straniero. Inoltre, si è promossa l'integrazione della formazione linguistica classica in aula con la formazione a distanza così da salvaguardare sia l'esigenza di rispondere al bisogno di socializzazione e di interazione all'interno del gruppo classe sia l'avvicinamento ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino straniero e di superamento dei vincoli di orario attraverso la formazione online.

Per favorire lo sviluppo generale dei percorsi di integrazione sociale nei nostri territori è stato firmato in data 16 maggio 2008 un protocollo d'intesa tra Regione Toscana, l'Arci regionale e l'Associazione Toscana Impegno Comune che riunisce l'associazionismo del mondo cattolico. Il protocollo d'intesa, attraverso il concorso delle reti territoriali dell'associazionismo più radicate nel territorio toscano, si propone di offrire ai cittadini stranieri concrete opportunità di ampliamento dell'accesso ai servizi territoriali nonché di incontro con le comunità locali. Il protocollo si propone infatti di realizzare una mappatura delle attività e delle competenze dei circoli ricreativi e culturali e delle associazioni, sull'intero territorio regionale, con riferimento specifico agli interventi realizzati nel settore dell'immigrazione nella prospettiva di acquisire una conoscenza utile alla progettazione di interventi in grado di tenere conto delle peculiarità di ciascun territorio. Attraverso l'avvicinamento dei cittadini stranieri alle reti associative si potenziano le prospettive di inclusione sociale e di inserimento sociale lavorativo e

abitativo, i processi di alfabetizzazione e di accesso alla scuola e la partecipazione a momenti aggregativi di carattere sportivo e ricreativo per la promozione nella società di una cultura fondata sul rispetto reciproco.

Sempre nell'ambito dello sviluppo del raccordo con le reti del privato sociale attraverso un protocollo d'intesa firmato il 22 maggio 2008 con le organizzazioni sindacali CGIL-CISL-UIL si è promossa la collaborazione delle loro strutture e articolazioni territoriali per il rafforzamento dei percorsi di integrazione delle fasce della popolazione straniera in condizioni di particolare vulnerabilità quali le donne e i minori.

Nello scenario di sviluppo delle politiche di integrazione delle popolazioni straniere una peculiare attenzione deve essere poi dedicata a processi di integrazione in ambiti complessi della nostra vita sociale come quello del mondo delle imprese. Tale attenzione si inserisce all'interno di una fase evoluta dei processi di integrazione che vedono ormai percentuali significative della popolazione straniera assurgere a posizioni di responsabilità e di gestione all'interno dei contesti organizzativi in condizioni però spesso di debolezza legata alla complessità del contesto economico e normativo nel quale si sviluppa l'attività imprenditoriale nei nostri territori. E' stato quindi sostenuto un progetto denominato Migranet presentato dalla CNA Toscana (Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola e Media Impresa) teso a promuovere i processi di integrazione delle popolazioni straniere attraverso la creazione d'impresa e attraverso la rete delle associazioni di categoria degli imprenditori come supporto e aiuto nell'avvio e nella conduzione dell'attività imprenditoriale. Nell'ambito del progetto è stata promossa la qualificazione della rete degli sportelli della CNA con il supporto di un servizio online teso a offrire il supporto di personale specializzato per assicurare un accesso diffuso e capillare ai cittadini stranieri e agli operatori degli sportelli informativi che sostengono il cittadino straniero nella creazione di impresa.

Da rilevare che per lo sviluppo integrato delle politiche dell'immigrazione su un piano generale la legge regionale 29/2009 delinea uno specifico modello di governance fondato sulla cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici e privati nella logica della realizzazione concreta del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale. Prioritaria in questa prospettiva è l'integrazione delle politiche regionali sull'immigrazione attraverso il raccordo con la normativa regionale esistente e la predisposizione di strumenti tesi a favorire forti relazioni tra i diversi settori dell'amministrazione regionale e tra i diversi livelli istituzionali di governo.

Nel nuovo modello di governance introdotto dalla legge regionale sull'immigrazione vengono quindi previsti specifici strumenti di programmazione quali il Piano di indirizzo integrato per le politiche per l'immigrazione e il Documento annuale di intervento.

Il piano di indirizzo attua e precisa gli indirizzi espressi nel Programma Regionale di Sviluppo (PRS). Il piano di indirizzo e i documenti annuali si integrano e si coordinano con il piano sanitario e sociale integrato regionale e forniscono indicazioni per la redazione degli altri strumenti programmatori regionali.

Il piano di indirizzo fornisce inoltre indicazioni per la redazione degli altri strumenti programmatori locali tra i quali i piani integrati di salute.

In definitiva la legge delinea un sistema di governance flessibile e leggero, precisa i ruoli dei diversi soggetti della programmazione e ne definisce le relazioni nel

rispetto delle competenze istituzionali e delle vocazioni sviluppate dagli enti territoriali.

Un Comitato per le politiche dell'immigrazione, di cui fanno parte rappresentanze delle istituzioni pubbliche e private interessate alle problematiche dell'immigrazione, opererà al fine di favorire l'attuazione della legge. Nel Comitato è prevista la presenza di tre rappresentanti dei Consigli e delle Consulte degli stranieri designati dai presidenti e dai vice presidenti degli stessi Consigli e Consulte istituiti presso gli Enti locali.

Nel quadro della prospettiva della valorizzazione dei Consigli e delle Consulte degli stranieri è stato firmato un protocollo d'intesa in data 21 marzo 2009 tra Regione Toscana, UPI Toscana, ANCI Toscana e il Coordinamento regionale dei Consigli e delle Consulte degli stranieri. Il protocollo d'intesa si propone di valorizzare le esperienze avviate in alcuni Comuni e in alcune Amministrazioni provinciali della Toscana di costituzione su base elettiva di organismi rappresentativi della popolazione straniera. In una fase storica come quella attuale, nella quale la normativa vigente a livello nazionale non riconosce ancora la possibilità di esercizio del diritto di voto da parte dei cittadini stranieri, la Regione Toscana, in sintonia con le convenzioni internazionali in materia, intende quindi promuovere l'espansione sul territorio e la qualificazione di organismi di rappresentanza delle popolazioni straniere per favorirne la partecipazione alla vita pubblica locale e alla governance regionale delle politiche per l'immigrazione.

Accanto all'espansione numerica dei Consigli e delle Consulte è prevista un'azione di forte qualificazione attraverso innanzitutto un'opera di omogeneizzazione che, senza ledere la legittima autonomia degli Enti locali istitutivi, consenta però di sviluppare modelli condivisi di funzionamento. Verranno quindi delineati modelli di statuto o di regolamento in grado di disciplinare in maniera efficace il funzionamento dei Consigli e delle Consulte anche con la previsione di adeguati spazi e di adeguate risorse strumentali per consentirne l'attività.

Essenziale rilievo riveste inoltre la previsione di adeguati corsi di formazione per favorire l'apprendimento da parte dei componenti di Consigli e Consulte delle nozioni sul funzionamento del nostro sistema istituzionale essenziali a garantire il corretto esercizio del mandato a loro affidato.

Il rafforzamento dei Consigli e delle Consulte potrà peraltro contribuire al potenziamento dell'associazionismo straniero di tipo comunitario e ad un'efficace comunicazione tra le istituzioni territoriali e le popolazioni straniere che spesso, specialmente nelle prime fasi del loro percorso di vita nei nostri territori, vedono nell'associazionismo un supporto e un aiuto preziosi.

## **9.2 Politiche di accoglienza e di sostegno all'inclusione**

I valori della coesione e dell'inclusione sociale, che sono stati i riferimenti costanti dell'azione di governo di questi anni, sono oggi messi a dura prova da processi di crisi sociale ed economica che da un lato coinvolgono figure e situazioni sociali che hanno goduto in passato di una relativa sicurezza, dall'altra accentuano ed estendono l'area dell'esclusione e della povertà.

L'immigrazione è un punto dove questi aspetti critici sono particolarmente evidenti. Mentre infatti il processo di inclusione e di progressione sociale degli immigrati

nella nostra regione ha consentito negli anni importanti risultati sul piano lavorativo e dell'accesso ai servizi, la componente dell'immigrazione che versa in condizioni, anche gravi, di disagio abitativo pur non essendo poverissima, è tuttora in aumento, tanto che le rilevazioni e le ricerche mostrano in modo non equivoco una sovrappresentazione dell'immigrazione. L'insorgere di fenomeni di abitare "precario" – baraccopoli, tendopoli, *slums*, occupazioni abusive, insediamenti informali – riguarda infatti in larga parte immigrati, prevalentemente di recente arrivo o in fasi critiche dei percorsi di inserimento.

Su questo nuovo e inedito fenomeno, che ha caratteristiche strutturali e di lungo periodo, la Regione ha effettuato con la Fondazione Michelucci un'accurata rilevazione su tutto il territorio regionale.

### **Il contrasto all'esclusione abitativa: il progetto "Abitare il mondo"**

In Toscana sono attive da oltre un decennio alcune esperienze di agenzie immobiliari sociali la cui azione è caratterizzata da un'attività di servizio nell'incontro tra domanda ed offerta, prevalentemente (ma non solo) a favore di immigrati. La recente legge regionale sull'immigrazione ne prevede e rafforza il ruolo e l'azione locale.

La loro positiva azione può essere verificata dal punto di vista dell'efficacia che gli interventi hanno dimostrato: oltre 1.000 contratti di affitto stipulati (in maggioranza a cittadini migranti); percentuale bassissima (attorno al 5%) di morosità sul numero di contratti di affitto stipulati; frequente locazione a canone inferiore a quello di mercato; notevole capacità di erogazione di prestiti e garanzie con modesti fondi di rotazione.

Questa diffusa rete è stata rafforzata con il progetto "Abitare il mondo", presentato dalla Regione Toscana nell'ambito di bando emanato nel 2007 dal Ministero della solidarietà sociale – Direzione generale dell'immigrazione, avente per oggetto il finanziamento di progetti finalizzati a favorire l'inclusione abitativa degli immigrati. Il progetto, che coinvolge 34 Enti locali della Toscana, mette a disposizione delle azioni previste oltre 3 milioni di euro derivanti da risorse governative e da cofinanziamenti della Regione e degli Enti locali partner del progetto.

Il progetto "Abitare il mondo" è stato articolato su 3 fronti operativi:

- promozione e rafforzamento delle agenzie per l'abitare sociale, che negli ultimi anni hanno consentito l'accesso all'abitazione di oltre 1.000 famiglie straniere, con un andamento crescente. Nel 2007 nel loro insieme questi soggetti sono riusciti a favorire l'accesso all'abitazione di circa 200 famiglie. Il progetto prevede di incrementare l'efficacia di almeno il 30%, fino a raggiungere per la durata del progetto circa 280 inserimenti abitativi;
- acquisizione e riuso di strutture e appartamenti da adibire ad alloggi temporanei per immigrati. Il progetto prevede che vengano recuperati e/o acquisiti tra i 25 e i 30 alloggi da destinarsi a sistemazioni temporanee e quindi in rotazione;
- accompagnamento alla fuoriuscita di persone e famiglie immigrate da gravi situazioni di alloggio precario e irregolare. L'azione prevedeva inizialmente il sostegno a famiglie in forte disagio nell'area pisana, la più critica (insieme a Firenze) su questo versante.

Il complesso delle azioni messe in campo sta producendo risultati molto apprezzabili e coerenti con il quadro delle problematiche locali.

## **Interventi in contesti critici e conflittuali:**

### **Il superamento dei campi nomadi**

La Toscana ha una presenza di rom e sinti consolidata nel tempo sul territorio. Dai dati dell'Osservatorio sociale regionale, nel 2009 la presenza di queste popolazioni ammonta a circa 3.800 persone. E' importante sottolineare come le politiche regionali e locali abbiano inciso sul tipo e sulla qualità dell'insediamento di queste popolazioni: mentre dieci anni fa le circa 2.800 presenze erano tutte insediate in "campi" più o meno autorizzati e attrezzati, oggi 1.242 persone vivono in "campi", 475 in villaggi attrezzati, 382 in aree private autonomamente reperite, 650 in alloggi di edilizia pubblica; circa 500 persone (prevalentemente di recente immigrazione) vivono in insediamenti precari non autorizzati.

Le situazioni di Firenze e Pisa sono storicamente quelle maggiormente critiche per quanto riguarda gli insediamenti di rom e sinti. Negli ultimi anni le soluzioni approntate nel tempo dalle amministrazioni comunali hanno superato il livello di guardia, sia per numero di presenze che per la condizione di degrado e di sostenibilità. La Regione, su richiesta dei due Comuni, ha assunto come priorità negli ultimi anni interventi su queste due situazioni, con risultati molto significativi, ancorché da non potersi considerare definitivi.

### **Il progetto rom Toscana**

Il progetto, messo in atto con la collaborazione di associazioni del territorio, ha consentito di inserire in alloggi diffusi nelle varie realtà territoriali della Toscana oltre 30 famiglie provenienti in larga parte da situazioni critiche e provvisorie (anche se durate a lungo) dell'area fiorentina: il campo cosiddetto "Olmateellino", allestito dopo lo sgombero dell'insediamento abusivo delle Draghe di Brozzi, il campo Masini, l'ospitalità in strutture di accoglienza a seguito di un incendio al campo Poderaccio.

Il progetto prevedeva un accompagnamento delle famiglie verso una progressiva autonomia lavorativa, economica e abitativa e ha conseguito significativi positivi risultati.

### **Pisa. Il progetto "Città sottili"**

Analogamente a quello fiorentino, anche sull'area pisana è stato attivato un complesso percorso di superamento e chiusura di alcuni storici campi nomadi attraverso un progetto denominato "Città sottili". Oggi, più del 55% delle persone inserite nel programma Città sottili vive in alloggio, per un totale di quasi 70 famiglie. Molto importanti i risultati anche sotto il profilo dell'inserimento scolastico e lavorativo.

Dei cinque campi esistenti nel 2002, permangono solo quelli di Coltano (che sarà smantellato con l'ultimazione del villaggio), della Bigattiera (che nello svolgimento del progetto è stato allestito come area temporanea), di Oratoio (la realtà più critica, che in questi anni si è notevolmente ingrandita). Coltano e Oratoio dovrebbero essere quasi completamente smantellati con la chiusura dei lavori per la realizzazione del nuovo villaggio (2 dicembre 2009).

### **Il caso Luzzi**

Da oltre tre anni circa 350 immigrati (in prevalenza rumeni) occupavano un ex ospedale dismesso da tempo nel territorio di Sesto Fiorentino denominato Luzzi. In vista di un progressivo superamento di tale situazione, la Regione ha sviluppato un

percorso sociale che ha garantito il servizio di trasporto scolastico per i minori presenti nella struttura e ha promosso un intervento di inserimento abitativo di alcune famiglie con un numero importante di minori in alloggi situati sul territorio regionale nonché percorsi di accoglienza gestiti da associazioni locali. Il sostegno ai percorsi di accoglienza durerà, in maniera decrescente, fino ad un anno in vista del raggiungimento di una condizione di autonomia da parte delle famiglie. Attualmente sono state inserite in alloggi 12 famiglie, per un totale di circa 80 persone.

### **Accordo per il finanziamento di un programma di interventi in materia di inserimento lavorativo destinato alle comunità rom e sinti presenti in Italia**

Nel dicembre 2008 Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Direzione generale dell'immigrazione e la Regione Toscana hanno sottoscritto un "Accordo per il finanziamento di un programma di interventi in materia di inserimento lavorativo destinato alle comunità rom e sinti presenti in Italia", finanziato dal Fondo nazionale per le politiche migratorie 2008.

Si tratta di un'ulteriore occasione per implementare i processi di inserimento in atto e per favorire la fuoriuscita da situazioni critiche delle famiglie che si trovano nelle situazioni più precarie.

Nella progettazione e nella gestione della azioni previste dall'accordo, la Regione ha scelto di coinvolgere i territori (e in primo luogo i Comuni) su cui le popolazioni rom e sinti sono insediate ormai stabilmente. Ha chiesto quindi alle amministrazioni locali in cui risultano presenze di rom e sinti di presentare direttamente (o con il concorso di enti e associazioni che operano sul territorio per l'inserimento di queste popolazioni) progetti coerenti con le linee di azione indicate dall'accordo.

Hanno presentato progetti 10 Comuni e un'Azienda sanitaria locale: sui territori coinvolti insistono il 90% dei rom e dei sinti presenti nella regione. Tutti i progetti hanno come soggetto attuatore associazioni o enti (in un caso una Università) che già operano in collaborazione con le amministrazioni locali in favore delle popolazioni rom. In tutte le azioni sono previsti tirocini formativi e in 4 casi le azioni previste sostengono la formazione o il consolidamento di cooperative o forme di impresa già esistenti o in via di formazione. In due situazioni (Livorno e Viareggio) alle azioni di inserimento lavorativo sono affiancate azioni di individuazione di idonee soluzioni abitative, indispensabili al consolidamento delle situazioni lavorative proposte. Si tratta in particolare di destinatari di più recente immigrazione, che stentano a reperire idonee situazioni abitative. Del bilancio complessivo dell'accordo, circa il 40% delle risorse è destinato direttamente ai destinatari (sotto forma di compensi per tirocinii, sussidi, contributi all'inserimento abitativo), che sono 111 persone, di cui 38 donne.

### **Interventi in materia di tratta di esseri umani**

Lo sfruttamento di esseri umani sta sempre più interessando la nostra regione e sta subendo costanti e continue trasformazioni – in ordine all'organizzazione delle reti criminali, ai bisogni espressi dalle vittime, agli strumenti e territori di indagine, agli ambiti di sfruttamento, ecc. – anche alla luce delle nuove disposizioni legislative che stanno contribuendo a cambiare in modo significativo gli scenari di questo articolato fenomeno. Su tale fronte la Regione, in collaborazione con numerosi Enti locali e associazioni del territorio, dal 2006 ha promosso il progetto denominato "Nuove orme", finanziato dal Dipartimento per le pari opportunità della

Presidenza del Consiglio dei Ministri nell'ambito dei bandi ministeriali annuali per i programmi di assistenza a favore delle vittime di tratta previsti dall'art. 13 della l. 228/2003.

Tale progetto – attualmente ancora in essere – ha inteso pianificare, coordinare ed integrare le azioni di contrasto al fenomeno della tratta di esseri umani e del traffico di migranti, con l'obiettivo di limitarne l'espansione e ridurre l'impatto negativo sul territorio, nonché tutelare i diritti delle persone trafficate supportandole nei loro percorsi di inclusione socio-lavorativa in collegamento con i progetti ex art. 18 del d.lgs. 286/1998 promossi dagli Enti locali in collaborazione con il Terzo Settore. “Nuove orme” ha contribuito a rafforzare una rete stabile di attori istituzionali, economici e sociali che ha concorso a porre in atto un insieme di azioni tese a favorire l'integrazione nella vita sociale e civile e nel mondo del lavoro delle persone trafficate. Il progetto ha inoltre contribuito a consolidare il rapporto con gli operatori di pubblica sicurezza e giudiziari per promuovere prassi comuni rispetto ai percorsi di regolarizzazione. Gli interventi si sono rivolti a donne, uomini e minori stranieri oggetto di tratta o di sfruttamento nell'ambito del mercato della prostituzione, del grave sfruttamento lavorativo e dell'accattonaggio o coinvolti in scenari di marginalità. Il progetto “Nuove orme”, ha affiancato ai programmi di assistenza e di reinserimento sociale delle vittime anche azioni di prevenzione/sensibilizzazione indirizzati sia alle vittime che alla cittadinanza e attività di formazione congiunta rivolte a tutti gli operatori che quotidianamente operano per contrastare tale fenomeno.

\*\*\*\*\*

### **Box di approfondimento: l'integrometro**

Si riportano qui i principali risultati di una ricerca realizzata in Toscana<sup>40</sup>, parallelamente ad altre regioni italiane e con il coordinamento nazionale della Fondazione Ismu di Milano, finalizzata a ricostruire e analizzare le caratteristiche dei processi di integrazione degli immigrati stranieri.

Lo sforzo analitico è stato quello di sperimentare un nuovo strumento di indagine finalizzato a “misurare”, e quindi a rendere comparabile a livello locale l'integrazione, coniugando gli aspetti quantitativi con quelli dell'analisi qualitativa. Rispetto alle numerose indagini già realizzate in Toscana sul tema dell'immigrazione, questa si caratterizza nella sua originalità per essere completamente dedicata al tema dell'integrazione sulla base di una survey di elevata rappresentatività grazie ad un campione di oltre 4.000 interviste ripartite fra tutte le diverse realtà provinciali in numeri compresi fra un minimo di 350 in quella di Massa-Carrara, un massimo di 500 in quella capoluogo di Firenze, e poi 450 nel senese e 400 in tutte le altre. Così come nel resto d'Italia, nell'ambito delle singole province si è proceduto alla selezione del collettivo di stranieri da sottoporre ad indagine facendo esclusivo riferimento alla popolazione con almeno 18 anni di età

---

<sup>40</sup> Berti F., Valzania A., (a cura di) *Le nuove frontiere dell'integrazione. Gli immigrati stranieri in Toscana*, Milano, Franco Angeli, 2010

ed introducendo procedure di scelta probabilistiche nel rispetto delle regole del cosiddetto “campionamento per centri o ambienti di aggregazione”<sup>41</sup>.

Tutti i dati di cui viene dato conto nelle pagine seguenti sono quindi il risultato dell’elaborazione dei questionari somministrati seguendo questa metodologia. Al fine di cogliere fino in fondo la complessità dell’integrazione è stato deciso di declinare tale concetto in quattro dimensioni – politica, economica, sociale e culturale – alle quali corrispondono altrettanti indici di integrazione: IE (integrazione economica), IS (integrazione sociale), IC (integrazione culturale) e IP (integrazione politica). In Toscana, inoltre, al questionario standard utilizzato a livello nazionale è stata aggiunta una sezione apposita finalizzata a ricostruire l’accesso alla rete dei servizi socio-sanitari.

Per molti anni le politiche migratorie, come in parte anche le politiche per gli immigrati, hanno seguito una logica emergenziale, piuttosto che seguire un percorso razionale e coerente con i processi in atto. Tra le conseguenze negative di questa prassi, chiaramente evidenziata dal numero di sanatorie e/o regolarizzazioni che si sono succedute nel corso dell’ultimo ventennio, emerge la tendenza a non considerare la persona immigrata nella sua interezza ma sempre come utente, beneficiario, destinatario di qualcosa. Così non è stata data la dovuta considerazione alla questione del progetto migratorio, che invece rappresenta un elemento centrale circa gli esiti del processo di integrazione. Anche quando non c’è corrispondenza tra ciò che era stato progettato prima di partire e ciò che si riesce a realizzare durante l’esperienza migratoria, la ricerca ha messo bene in evidenza quanto i contenuti del progetto migratorio riescano a condizionare il processo di integrazione.

La difficoltà di realizzare il proprio progetto migratorio e più in generale il proprio progetto di vita dipende dalle risorse disponibili, quelle personali, ma anche quelle che il territorio riesce a mettere a disposizione del migrante; si tratta, quindi, di un mix tra capitale umano e capitale sociale, che insieme permettono o ostacolano la possibilità di rendere produttivo l’investimento fatto decidendo di partire.

I dati raccolti sono significativi perché confermano che la condizione di precarietà, con tutte le forme che può assumere – sul lavoro, per quanto riguarda l’abitazione oppure per ottenere/mantenere il permesso di soggiorno – si traduce non solo in esclusione sociale ma anche in difficoltà a realizzare il proprio progetto. Da questo punto di vista politiche di ingresso più razionali e possibilità di regolarizzare la propria posizione giuridica, da un lato, e opportunità di realizzare il proprio progetto migratorio e di integrazione, dall’altro, costituiscono i due lati di una stessa medaglia. Se entrare da clandestino può essere l’unica chance per dare una svolta alla propria vita, rimanerlo a causa di un sistema giuridico assolutamente restrittivo, che segue una logica burocratica invece di occuparsi delle reali opportunità di integrazione, diventa l’anticamera per la marginalità.

Pochi sono coloro che arrivano con un progetto di devianza o di inserimento nel mondo della criminalità e di solito non sono coloro che si trovano coinvolti nella microcriminalità; in realtà, il coinvolgimento in attività criminali rappresenta per molti il fallimento del progetto migratorio. È noto, infatti, che molti detenuti stranieri

---

<sup>41</sup> Per un approfondimento tecnico si rinvia a: Cesareo V., Blangiardo G. (a cura di), *Indici di integrazione. Un’indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*, Milano, Franco Angeli, 2009.

non fanno sapere ai parenti la loro condizione perché è il segno della sconfitta e della vergogna, la resa di fronte alle aspettative familiari.

Solo con l'acquisizione di "certezze" sul proprio futuro, anche semplicemente sul fatto che non si perderà il diritto a restare, è possibile programmare un percorso di integrazione perché, come ha evidenziato la ricerca, sono le condizioni di vita "normali" – residenza stabile, coabitazione all'interno di un nucleo familiare, presenza di figli, ecc. – che favoriscono l'inclusione. Coloro che, per scelta o per mancanza di alternative, rimangono soli o vivono con connazionali dello stesso genere – di solito maschi – anche se riescono ad integrarsi dal punto di vista economico sono più esposti al rischio di marginalità per quanto riguarda la sfera sociale e culturale.

Il raggiungimento di una soddisfacente condizione professionale, e quindi economica, è tradizionalmente il principale obiettivo del progetto migratorio. In Toscana, caratterizzata per una forte identificazione tra particolari forme di produzione e specificità territoriali, l'incontro tra domanda e offerta avviene in un contesto di fondo nel quale i flussi migratori si modellano seguendo queste caratteristiche e connotandosi etnicamente anche in conseguenza di ciò. Il rapporto tra immigrazione e mercato del lavoro in Toscana risulta composto da tre macro modelli: il modello dell'industria diffusa (con domanda di lavoro tipico, solitamente complementare o sostitutivo alla forza lavoro autoctona); il modello delle economie metropolitane (dove rientrano le attività terziarie e quelle inerenti la sfera del lavoro di cura); il modello delle attività stagionali (prevalentemente legato alle aree turistiche o agricole che necessitano di lavoro soltanto in determinati periodi dell'anno).

All'interno di questi percorsi segmentati, la ricerca ha evidenziato che due sono le variabili importanti nel determinare livelli di integrazione positivi e sbocchi differenti da quelli consolidati: il tipo di istruzione e l'anzianità di permanenza sul territorio di arrivo. Coloro che posseggono livelli di istruzione medio-elevati riescono infatti più facilmente ad ottenere una media di integrazione soddisfacente, anche di tipo economico, fuoriuscendo dai percorsi obbligati di tipo etnico che spesso condizionano invece coloro che non hanno questi livelli di istruzione.

**Tabella 9.1**

*Punteggi di integrazione per titolo di studio conseguito - valori medi*

<b>Titolo di studio conseguito</b>	<b>Indice integrazione totale</b>	<b>Indice integrazione culturale</b>	<b>Indice integrazione sociale</b>	<b>Indice integrazione politica</b>	<b>Indice integrazione economica</b>
Nessun titolo formale	0,40	0,34	0,40	0,42	0,43
Scuola dell'obbligo	0,43	0,39	0,43	0,44	0,48
Scuola secondaria superiore	0,51	0,52	0,49	0,50	0,54
Diploma universitario, laurea o altri titoli post laurea	0,56	0,58	0,52	0,54	0,58

Fonte: Elaborazioni su rilevazione Integrometro Toscana.

Questo dato ci lascia un'eredità pesante, anche in termini di politiche, perché evidenzia la necessità di valorizzare il capitale culturale e l'insieme delle competenze, presenti sul territorio ma spesso ignorate, che potrebbero essere sfruttate meglio dal sistema economico regionale (un problema, del resto, presente purtroppo anche per gli autoctoni). Inoltre, i dati raccolti sottolineano l'esigenza di potenziare il capitale culturale e umano – prima ancora delle competenze professionali – delle nuove generazioni, investendo nella formazione e nell'istruzione: si tratta del grande tema dell'accesso al sistema scolastico dei figli di immigrati, che deve essere garantito prima di tutto.

La condizione relativa all'integrazione economica mostra anche alcune criticità: in primo luogo, una forte discriminazione di genere, da cui emerge che le donne risultano molto penalizzate rispetto agli uomini; in secondo luogo, lo stridente contrasto tra la correlazione positiva tra il livello di istruzione e il livello di integrazione, da un lato, e le scarse competenze linguistiche sull'italiano come lingua seconda, dall'altro. Anche in questo caso si tratta di aspetti sui quali la Regione, già attiva da tempo, dovrà implementare i propri sforzi con l'aiuto ed il sostegno sia degli organi statali sia degli Enti locali.

Per quanto riguarda gli immigrati soggiornanti o residenti sul territorio da più tempo, emerge che non solo hanno livelli più elevati di integrazione economica, ma è possibile notare che anche tutte le altre dimensioni dell'integrazione hanno punteggi più elevati, a partire ovviamente dalla sfera abitativa dove si passa da una condizione limite di coesistenza spesso forzata in affitto con altri immigrati all'eccesso opposto dell'autonomia familiare e dell'acquisto della casa. La durata dell'esperienza migratoria, quindi, conta ancora molto circa le opportunità di integrazione.

La dimensione economica dell'integrazione si misura anche attraverso il livello di reddito dichiarato, fortemente intrecciato alle caratteristiche dell'inserimento lavorativo delle principali comunità; da questo punto di vista abbiamo potuto constatare una netta separazione, etnicamente determinata, tra immigrati "benestanti", o comunque percettori di redditi da ceti medio impiegatizio (mille e duecento - mille e cinquecento euro) e immigrati con redditi molto bassi (sotto e abbondantemente sotto i mille euro). Ai due poli opposti di questa classificazione i cinesi (i più ricchi) e i senegalesi (i più poveri); nel mezzo, più vicini ai primi gli albanesi, ai secondi gli ucraini. Un aspetto poco studiato finora, interessante per un approfondimento futuro, sarebbe quello di analizzare in profondità le caratteristiche principali di questo nascente ceto medio immigrato (trasversale anche all'interno di ogni singolo gruppo etnico) e al possibile livello di concorrenzialità/coesistenza con il ceto medio autoctono.

Se la questione economica rappresenta senz'altro uno snodo cruciale del processo di integrazione, ci sono tuttavia altri elementi che finiscono per condizionare pesantemente la possibilità di successo di ogni progetto migratorio. Tra questi, senz'altro, la possibilità di accedere e mantenere un titolo giuridico capace di legittimare la presenza dell'immigrato sul territorio di destinazione e, più in generale, trovare riconosciuti i diritti di cittadinanza che generalmente le democrazie occidentali riconoscono ai loro cittadini.

In effetti, la cittadinanza nazionale è stata messa sotto pressione dall'azione congiunta dei processi globali e dei processi politici (come l'unificazione europea) che negli ultimi anni hanno ridefinito le competenze in materia di flussi migratori; tuttavia è vero anche che, al momento, non esistono cittadinanze piene alternative,

per cui il confronto tra immigrazione e cittadinanza rimane ancora di grande attualità. Da un lato ci sono i "cittadini" riconosciuti tali dai singoli e differenti ordinamenti giuridici statali, dall'altro ci sono gli stranieri, gli immigrati.

La ricerca ha fatto emergere chiaramente la stretta connessione esistente tra la possibilità di esercitare i diritti di cittadinanza e la condizione giuridica posseduta; allo stato attuale assistiamo ad un vincolo fortissimo tra condizione giuridica, riconoscimento dei diritti e integrazione, sia come dato oggettivo, sia come percezione diretta da parte di molti immigrati intervistati. Questa situazione finisce per condizionare pesantemente non solo l'opportunità di integrazione, ma più in generale la qualità della vita di ciascun immigrato.

L'importanza della condizione di regolarità trascende la sola, pur fondamentale, sfera della legalità, per invadere tutte le altre dimensioni dell'integrazione, incidendo non solo da un punto di vista sociale ma anche in termini esistenziali. Essere in possesso di un permesso di soggiorno a lunga scadenza significa avere la possibilità di programmare, almeno a medio termine, la propria vita; chi ha un permesso di soggiorno può scegliere di rimanere sul territorio di immigrazione, ma anche di rientrare nel proprio paese per un periodo più o meno lungo ed eventualmente tornare di nuovo; il permesso di soggiorno permette, inoltre, di uscire dalla condizione di subalternità sociale per la quale la quotidianità stessa rischia di trasformarsi in operazioni meccaniche indotte dalla situazione giuridica. Solo in queste condizioni è possibile pensare alla cittadinanza, compresa quella italiana, in termini positivi e non come una via di fuga dall'incertezza della propria condizione attuale. Ecco perché la maggioranza degli intervistati, senza differenza di genere, di nazionalità o d'altro, si augura che i propri figli riescano ad ottenere la cittadinanza italiana con maggiore facilità rispetto a loro: questo non solo perché la cittadinanza italiana rappresenta un'opportunità per raggiungere una condizione di vita migliore, ma anche perché si augurano che possano superare una dimensione migratoria ed esistenziale di grande incertezza a causa della precarietà del titolo di soggiorno.

Se la situazione economica e quella giuridica rappresentano due assi formidabili attorno ai quali ruota il processo di integrazione, anche le differenze culturali sono una variabile non trascurabile. La ricerca ha tuttavia evidenziato che per quanto queste differenze culturali contino, spesso la loro capacità di condizionare negativamente l'integrazione non corrisponde a quanto si immagina il senso comune e l'opinione pubblica. Il problema, in realtà, non riguarda l'appartenenza religiosa o il fatto di provenire da paesi con culture e tradizioni diverse da quelle dell'Italia e della Toscana, quanto piuttosto non conoscere la lingua italiana, vivere relazioni sociali circoscritte e limitate ai membri del gruppo nazionale di appartenenza, essere poco istruiti e non aver avuto occasione di frequentare la scuola, tanto nel paese di origine quanto in Italia. Ciò significa che non è la "struttura" culturale a rappresentare un limite per l'integrazione quanto piuttosto alcuni aspetti che possono anche modificarsi; ciò vuol dire che gli immigrati possono essere "accompagnati" verso percorsi che portano all'integrazione non tanto assimilandoli culturalmente, quanto fornendo loro gli strumenti più idonei per confrontarsi e rapportarsi con la società in cui vivono.

Se di fronte a società multiculturali e multireligiose possono emergere anche problematiche di adattamento, non dobbiamo dimenticare che molto dipende dall'approccio adottato. L'enfasi attuale sull'identità, sulla dimensione culturale e soprattutto sull'appartenenza religiosa, rischia di trasferire sul piano simbolico,

generando conflitti, quella divisione di confini che si sta superando con la globalizzazione sul piano fisico e statale. L'incontro tra culture rappresenta non tanto un'occasione di scontro, come sostengono alcuni, quanto piuttosto una formidabile occasione di crescita e di arricchimento reciproco; tra l'altro, spesso è proprio grazie al confronto con culture "altre" che riusciamo a riflettere meglio su chi siamo noi e su quali sono i contorni della nostra identità che oggi appare sempre più sfumata e incerta.

La ricerca ha sottolineato come, nonostante alcuni elementi più critici, la differenza religiosa non rappresenta un freno per l'integrazione anche se spesso, insieme all'identità, è "strumentalizzata" per sostenere l'inconciliabilità tra le diverse culture.

**Tabella 9.2**

*Appartenenza religiosa e integrazione - valori medi*

Religione*	Indice integrazione culturale	Indice integrazione sociale	Indice integrazione politica	Indice integrazione economico	Indice integrazione totale
Cattolica	0,54	0,51	0,51	0,53	0,50
Ortodossa	0,50	0,44	0,47	0,50	0,46
Altra cristiana	0,54	0,47	0,51	0,55	0,50
Musulmana	0,43	0,46	0,46	0,46	0,43
Buddista	0,32	0,43	0,44	0,62	0,43
Induista	0,39	0,47	0,46	0,46	0,42
Nessuna	0,46	0,46	0,53	0,63	0,50
Non dichiara	0,39	0,43	0,49	0,46	0,42
<b>Totale</b>	<b>0,47</b>	<b>0,46</b>	<b>0,48</b>	<b>0,52</b>	<b>0,46</b>

\* Sono state considerate solo le religioni dichiarate da almeno 50 intervistati

Fonte: Elaborazioni su rilevazione Integrometro Toscana.

I dati della ricerca mostrano che sono sempre meno gli immigrati che rimangono esclusivamente legati alle proprie tradizioni rinunciando all'integrazione. L'identità, che noi abbiamo colto analizzando il senso di appartenenza al proprio paese, emerge in modo sempre più chiaro come in "cammino". Siamo noi, in genere, che non riusciamo a cogliere l'aspetto narrativo dell'identità, mentre loro, in modo più o meno consapevole, si muovono con maggiore disinvoltura.

Non è detto, poi, che in futuro la questione dell'identità debba mantenere tutta questa valenza simbolica: anche l'identità, come tutti i fatti sociali, è il risultato di processi sociali complessi e solo recentemente si è trasformata in un bisogno irrinunciabile. Il multiculturalismo e la globalizzazione potrebbero anche favorire un ridimensionamento della portata dell'identità, così come la modernità e il nazionalismo hanno favorito il suo potenziamento, senza scadere, ovviamente, nella deriva relativista.

Tra gli immigrati, in particolare tra coloro che possiedono un maggiore capitale umano oltre che sociale, si va diffondendo un'appartenenza transnazionale che permette di rimanere fortemente legati al proprio paese di origine pur integrandosi in quello di arrivo: si tratta della figura emergente del cosiddetto transmigrante, ovvero quella figura caratterizzata dalla partecipazione simultanea ad entrambi i poli del movimento migratorio e dal frequente pendolarismo tra di essi.

Al contrario, coloro che rimangono legati al paese d'origine, scegliendo la via della fermezza sul piano identitario sono una minoranza. Dai dati che abbiamo raccolto e descritto emerge in modo netto che non è l'identità e neppure la distanza culturale a condizionare il processo di integrazione: la questione, semmai, è quella del circolo vizioso dell'esclusione. Più basso è il livello di reddito, più è scarso il capitale sociale posseduto, più è alta la fedeltà al paese di origine e la lontananza da quello di approdo e più basso il livello di integrazione.

**Tabella 9.3**

*Relazioni sociali e integrazione - valori medi*

<b>Di solito, gli amici che frequenta sono:</b>	<b>Indice integrazione culturale</b>	<b>Indice integrazione sociale</b>	<b>Indice integrazione politica</b>	<b>Indice integrazione economico</b>	<b>Indice integrazion e totale</b>
Solo stranieri	0,28	0,28	0,38	0,41	0,31
Più stranieri che italiani	0,39	0,40	0,44	0,50	0,41
In ugual misura italiani e stranieri	0,56	0,57	0,52	0,55	0,53
Più italiani che stranieri	0,70	0,64	0,61	0,63	0,63
Non dichiara	0,33	0,39	0,45	0,46	0,38
<b>Totale</b>	<b>0,47</b>	<b>0,47</b>	<b>0,48</b>	<b>0,52</b>	<b>0,46</b>

Fonte: Elaborazioni su rilevazione Integrometro Toscana.

Tutto questo ci insegna che la diversità in sé non è un pericolo per la coesione sociale; sono altri gli aspetti che possono lasciare gli immigrati ai margini della società di approdo e per fortuna sono aspetti che possono essere governati e condizionati.

Per queste ragioni i servizi pubblici rappresentano per l'immigrato un ambito essenziale attraverso il quale realizzare il proprio processo di integrazione, costituendo di solito il primo momento di contatto con le istituzioni della società di arrivo. Tra i diversi servizi "generalisti", il momento informativo offerto dagli appositi sportelli (centri di ascolto, patronati, ecc.) ricopre un'importanza particolare, finendo per rappresentare un vero e proprio crocevia di integrazione per la persona che vi accede. Qui l'immigrato viene aiutato a districarsi nella burocraticità delle pratiche da assolvere, prende conoscenza del funzionamento delle istituzioni, entra in contatto (spesso in maniera distorta, personalizzando il servizio) con operatori con i quali stabilisce un rapporto di fiducia che porta avanti nel tempo, anche quando non ha più bisogno di rivolgersi al servizio stesso (iniziando così a costruire una sorta di nuovo capitale sociale territoriale).

A causa delle problematiche e delle difficoltà legate all'apprendimento della lingua italiana, più volte emerse nel corso della ricerca, si segnala la necessità di implementare gli sforzi in tal senso; è paradossale, infatti, che di fronte all'elevato livello di analfabetismo evidenziato dagli intervistati si assista ad una parallela scarsa partecipazione ai corsi di italiano. Si tratta di un segnale negativo per il processo di integrazione, soprattutto se letto accanto alle difficoltà segnalate nel rapporto con le istituzioni scolastiche, dove si evidenziano problemi di fuoriuscita prematura.

A fronte di queste situazioni delicate per quanto riguarda i servizi legati all'istruzione in generale (corsi di alfabetizzazione, scuola per le seconde generazioni, ecc.), anche i servizi offerti dai centri per l'impiego continuano a mostrare una duplice natura: da un lato sono il luogo deputato sul territorio all'incrocio tra domanda e offerta di lavoro, dall'altro, intercettano solo i bisogni di coloro o che non dispongono di una rete etnica di riferimento forte o non possono fare altrimenti per ragioni di carattere burocratico. La maggior parte degli immigrati organizza l'incontro con il mondo del lavoro attraverso uno pseudo "centro per l'impiego" parallelo, di natura etnica, organizzato su singole basi comunitarie. Per i più "attrezzati", servirebbe quindi un cambio di marcia, probabilmente da giocare nel campo di una maggiore qualità delle mansioni lavorative proposte o della creazione di proposte incentivanti sul versante della mobilità sociale; per i più deboli rimane tuttavia un punto di riferimento e di aiuto essenziale.

Per quanto riguarda il versante sanitario, i risultati della ricerca presentano un quadro generale abbastanza positivo, senza troppe distinzioni etniche né particolari discriminazioni di genere, sulla conoscenza e l'utilizzo del medico di base e sul tema dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale. L'immigrato che si stabilizza sul territorio sembra passare progressivamente, con il trascorrere degli anni, dall'utilizzo dei canali comunitari all'utilizzo di quelli pubblici. Una correlazione che problematizza meglio alcune criticità tuttora aperte, quali il ricorso eccessivo al pronto soccorso senza consultare il medico di base (che avviene soprattutto nei primi anni di permanenza sul territorio, quando probabilmente si hanno meno conoscenze sul suo corretto funzionamento) e la paura di rivolgersi, in caso di necessità, alle strutture sanitarie. È evidente, poi, che le maggiori difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari pubblici sono state riscontrate soprattutto tra coloro che non posseggono un titolo di soggiorno regolare. Questo dato è ancora più preoccupante se consideriamo che le interviste sono state effettuate prima dell'entrata in vigore del pacchetto sicurezza adottato dal Governo nell'estate del 2009 e che prevede, di fatto, l'impossibilità per uno straniero privo di permesso di soggiorno di recarsi al servizio sanitario pubblico.

\*\*\*\*\*

# Capitolo 10 - Giovani, minori e famiglie

## 10.1 Le principali azioni sui giovani

In questi anni la Regione ha investito energie e risorse con l'obiettivo di assegnare alle politiche giovanili un forte ruolo di innovazione sia all'interno degli interventi sociali ed educativi, che rispetto alle politiche per lo sviluppo e le opportunità.

Proponiamo qui di seguito una sorta di percorso ragionato sui principali filoni progettuali attivati negli ultimi anni sul tema. Il progetto speciale "Una Toscana per i giovani", nato nel 2001 con la finalità di costruire un sistema integrato e omogeneo di servizi, vuole infatti rispondere alle problematiche variegata rappresentate dal mondo giovanile. I progetti sono caratterizzati da un approccio con l'universo giovanile ispirato al principio della partecipazione e pongono al centro le tematiche della piena cittadinanza.

La Regione nei propri atti di programmazione sanitaria e sociale (PSR e PISR) ha messo in campo varie strategie: realizzare, consolidare e integrare la rete dei servizi pubblici e del privato sociale; agevolare la responsabilità dei giovani attraverso la promozione di stili di vita sani e la formazione di alternative accettabili; aumentare la conoscenza sul fenomeno attraverso campagne informative sulle conseguenze dell'uso e abuso dell'alcol e delle droghe; potenziare la formazione continua degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale soprattutto sulle "nuove sostanze" e sull'evolversi delle abitudini al consumo.

Questo percorso ha trovato declinazione in un insieme di progetti che negli anni hanno avuto la rilevanza quantitativa e finanziaria illustrata nella tabella seguente.

**Tabella 10.1**

*Numero di progetti finanziati ed entità complessiva del finanziamento. Periodo 2001-2007*

Anno	Numero progetti	Finanziamento in euro
2001	50	701.660,00
2002	85	1.376.000,00
2003	48	630.000,00
2004	57	800.000,00
2005	37	504.000,00
2006	68	1.401.400,00
2007	186	5.460.000,00

Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di solidarietà

Già con l'attivazione nel 2007 della prima fase dell'Accordo Programma Quadro (APQ) della Regione con il POGAS (ora Ministero della gioventù) è stato costruito un sistema di rilevazione dei progetti locali, attraverso i canali formali e collaudati, delle realtà locali con il coinvolgimento degli Enti locali e dell'associazionismo

presente sul nostro territorio. Alle Province era stato assegnato un ruolo di raccolta, segnalazione e definizione delle priorità gravanti sul loro territorio.

Nella fase della costruzione dell'APQ, la Regione ha avviato una concertazione con le Province per la selezione dei progetti da ammettere al finanziamento regionale/ministeriale. Tale selezione ha tenuto conto dei criteri generali espressi nelle "Linee di indirizzo per la progettazione degli interventi" (d.g.r. 803/2007). È stato inoltre attivato un vero e proprio processo *bottom up*, nel segno della sussidiarietà e della collaborazione tra enti di diverso livello e diverse competenze.

Nel 2008, le nuove linee guida hanno strutturato e formalizzato un sistema di politiche giovanili in Toscana finalizzato ad affermare prima e diffondere poi la cultura della cittadinanza e a sviluppare il senso della comunità, in un processo di protagonismo giovanile "dal basso". Con l'aggiornamento delle linee guida, approvate con d.g.r. 1051/2008, è stata impostata la costruzione di un percorso regionale di politiche giovanili i cui elementi caratterizzanti riguardano le priorità di tipo contenutistico, un nuovo assetto organizzativo e la governance del sistema.

L'obiettivo vuol essere il superamento di una politica giovanile *tout court* per far posto e affermare invece una politica giovanile di responsabilità. Nel corso del 2008 sono stati attivati 143 progetti. Le risorse a disposizione per lo sviluppo delle idee sono state circa 14 milioni di euro, elargite in cifre diverse da Stato (3.930.000 euro), Regione (per i progetti 1.070.000 euro; per gli investimenti 750.000 euro), Enti locali e soggetti privati. Le risorse destinate al cofinanziamento sono ammontate a 5.750.000 euro.

Nel 2009 si è avviato invece un processo attraverso il quale è stata possibile una socializzazione territoriale delle linee guida con l'obiettivo di favorire una progettualità consapevole e concertata nei contesti locali.

Il territorio ha sviluppato una buona capacità di lavoro comune e l'associazionismo si sta evolvendo verso azioni che vedono partecipazione e coinvolgimento attivo dei giovani fin dalla progettazione degli interventi. Il protagonismo giovanile, anche nella fase di progettazione, è infatti solo il primo passo verso la costruzione di una rete di soggetti in grado di poter esprimere, nell'equilibrio e nel rispetto dei singoli ruoli, decisioni e una presenza significativa non parziale ma in tutta la filiera del processo di politica giovanile. I temi prioritari sui quali vengono sviluppati percorsi specifici con i giovani sono: creatività (musica, teatro, videomaking), protagonismo (volontariato, partecipazione sociale, servizio civile), convivenza (pace, multiculturalità, mediazione sociale), responsabilità sociale e sicurezza (stili di vita, rapporto con la città, educazione alla cittadinanza responsabile, tutela ambientale). In relazione al tema, il maggior numero di progetti, circa un terzo, punta a sviluppare la partecipazione e la socializzazione. Il 17% circa punta a promuovere il protagonismo dei ragazzi, il 13% la loro creatività e di seguito tutti gli altri. Per quanto concerne la ripartizione provinciale, il territorio fiorentino ha evidenziato il maggior numero di progetti, 47, per un totale di circa 2 milioni e 150 mila euro. Seguono Arezzo (15 progetti, oltre 700 mila euro), Massa Carrara (14 progetti, quasi 340 mila euro) quindi Livorno, Prato e Pistoia (8 progetti ciascuna per un totale di circa 1 milione e 500 mila euro), Lucca e Siena (6 ciascuna per un altro milione e 137 mila euro), Pisa (5 per 730 mila euro) e Grosseto (4 per 356 mila euro). I progetti cosiddetti "a regia regionale" e quelli di investimento impiegano le restanti risorse, oltre 7 milioni e mezzo di euro.

## La governance

Come definito dalle linee guida, la Regione ha ideato un livello di coordinamento, formato da una struttura operativa di supporto, individuata nel Centro Nazionale per il Volontariato (CNV), e gli uffici della Regione già destinati alle funzioni di politica giovanile presso l'Assessorato competente. Il coordinamento così organizzato ha un'interlocuzione partecipativa (a regime da aprile 2009) con altri due livelli di riferimento, ovvero il livello delle sinergie e il livello territoriale.

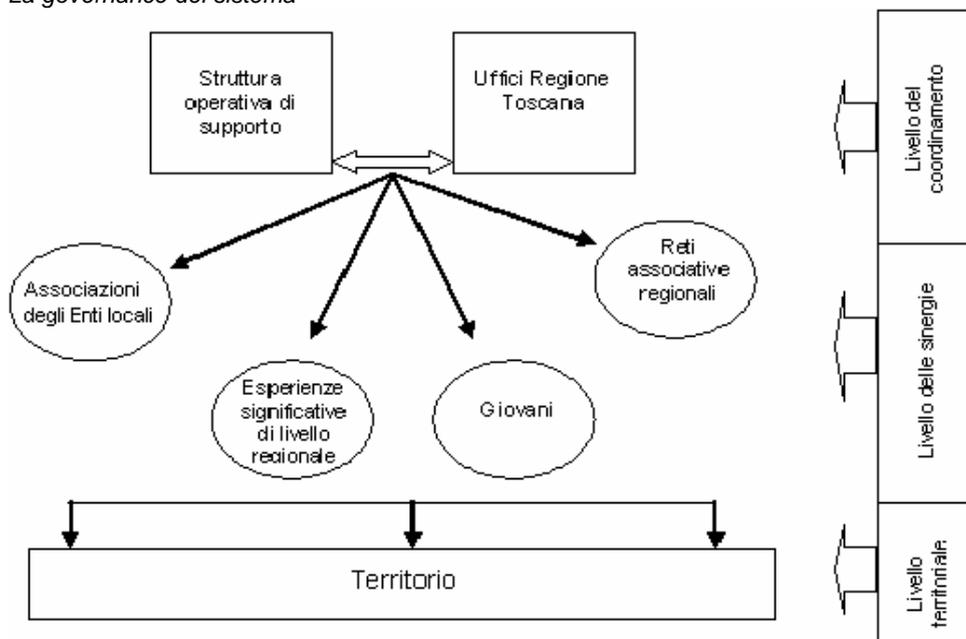
Il livello delle sinergie è formato dal:

- tavolo delle reti associative regionali di particolare rappresentanza e rappresentatività;
- tavolo delle esperienze significative sui giovani a livello regionale;
- tavolo dei rappresentanti degli enti locali;
- tavolo dei giovani coinvolti dai progetti

Il livello territoriale è il rapporto che la Regione mantiene con le Amministrazioni locali, i progetti ammessi a cofinanziamento e la cittadinanza. La governance, così organizzata, vuole tendere al miglioramento del rapporto orizzontale tra una pluralità di attori pubblici e privati, per agevolare i processi di decisione, gestione e sviluppo dell'ambito pubblico e collettivo, sulla base di un rapporto caratterizzato dall'integrazione e dall'interdipendenza.

**Figura 10.1**

*La governance del sistema*

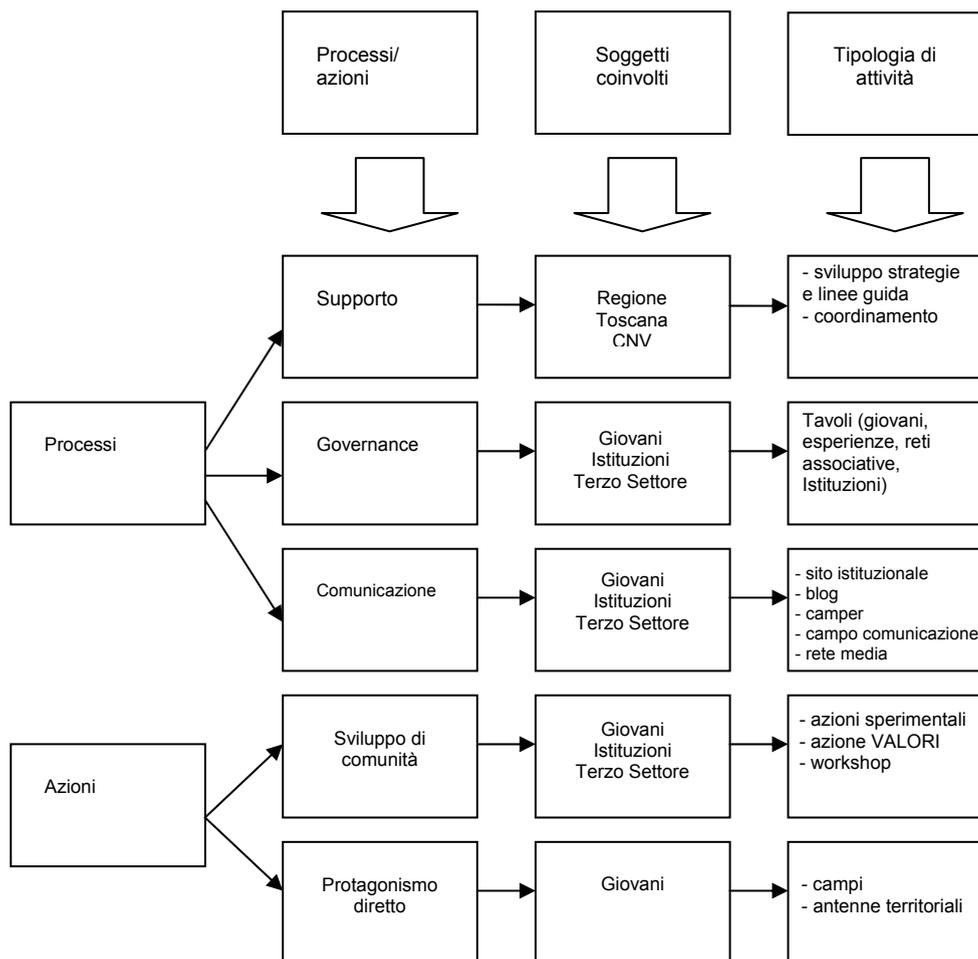


Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di solidarietà

Il progetto quadro “Filigrane”, a diretta gestione regionale, ha permesso di sostenere una serie di azioni sul territorio accompagnando i processi di sviluppo di rete e l’integrazione fra i vari attori accrescendo l’approccio culturale e alla volontà di connessione e sviluppo delle politiche giovanili in Toscana. Il modello di lavoro può essere schematizzato come segue:

**Figura 10.2**

*Il modello di lavoro del progetto Filigrane*



Fonte: Regione Toscana, Settore Reti di solidarietà

Filigrane si compone, quindi, di una dimensione culturale, di una serie di azioni sul territorio e di alcuni processi di sviluppo di rete e integrazione fra i vari attori. Le azioni e i percorsi avviati tesi a dare concretezza all’approccio culturale e alla volontà di connessione e sviluppo delle politiche giovanili in Toscana sono:

- l’agorà virtuale: un minisito istituzionale ([www.regione.toscana.it/filigrane](http://www.regione.toscana.it/filigrane)), un blog ([www.giovani.intoscana.it](http://www.giovani.intoscana.it)) e la newsletter;

- Filigrane in tour: il camper della Regione che gira tutta la Toscana mirando al contatto diretto, a conoscere problemi, prospettive, situazioni dei giovani. Una sorta di laboratorio itinerante, attrezzato per essere utilizzato come redazione, regia e punto di incontro e raccolta di idee, espressioni, testimonianze;
- le antenne territoriali: tanti giovani (oltre 200) che sul territorio regionale operano all'interno del sistema per comunicazione, giornalismo di strada, redazione territoriale, ecc.
- i Campi di Filigrane: esperienze residenziali di impegno sociale, sperimentazioni regionali di responsabilità nei confronti dei bisogni e delle necessità della comunità dove i giovani provenienti da tutta la Toscana possono dire la loro e dare un contributo concreto;
- l'azione Valori: ogni progetto è accompagnato da alcuni esperti verso quegli obiettivi comuni a tutte le esperienze, dallo sviluppo di comunità, alla responsabilità, alla corresponsabilità;
- le azioni sperimentali: previste in aree territoriali regionali dove, attraverso la regia regionale e dello staff di Filigrane si realizzano progetti di rete tra una pluralità di attori e giovani con l'obiettivo di promuovere processi di comunità e corresponsabilità;
- l'evento annuale: è un appuntamento centrale, un momento di confronto, di programmazione, di verifica ma è anche e soprattutto uno spazio privilegiato per far "circolare giovani idee". Un laboratorio per sviluppare il protagonismo giovanile e la responsabilità. Alla due giorni partecipano i giovani, le associazioni e le Istituzioni in una concreta connessione realizzata attraverso focus, animazione, seminari e esposizioni;
- i workshop: a partire da proposte ed esigenze delle reti territoriali sono momenti per confrontarsi, approfondire e sperimentarsi nella costruzione di pratiche e metodologie di politica giovanile. Si tratta di eventi tematici di confronto e rappresentano un'ulteriore occasione di riflessione, scambio e approfondimento. Si realizzano in tutte le province e sono rivolti ad amministrazioni locali, agli operatori di progetti di politica giovanile, ma anche ai giovani e a tutta la cittadinanza interessata.

Nel 2010 sarà inoltre attivato un progetto-quadro finalizzato a diffondere e rafforzare la cultura della cittadinanza e a sviluppare il senso della comunità, in un processo di protagonismo giovanile "dal basso" in grado di affermare una politica giovanile regionale capace di sviluppare una comunità coesa, solidale e responsabile; mobilitare un processo riconoscibile di coesione e sinergia fra organizzazioni giovanili o che si occupano di giovani in Toscana; rendere visibile la cornice di riferimento e collegare idealmente gli interventi.

Da questa base di riferimento si svilupperà un progetto di sistema teso a:

- avere come idea simbolica e pratica comune la comunità;
- pensare allo sviluppo di comunità come processo di crescita che coinvolge tutti;
- avere come obiettivo finale la costruzione di cittadinanza diffusa e di cittadini attivi e consapevoli;
- fissare un punto di arrivo comune che salvaguardi però differenze di processo, espressioni, modalità, peculiarità territoriali;

- evidenziare le azioni, i processi, le prassi già presenti sul territorio e in grado di integrarsi con la proposta;
- ricostruire senso di appartenenza come preconditione per operare con i giovani su partecipazione, responsabilizzazione e sviluppo di autonomie;
- equilibrare l'attenzione sociale (le difficoltà a "entrare in gioco") con lo sviluppo di autonomia (le opportunità per "stare in gioco").

## 10.2 Il servizio civile

Nella legislatura 2005/2010 l'attività per il Servizio civile si è divisa in due grossi filoni: il Servizio civile nazionale (SCN) ed il Servizio civile regionale (SCR). Entrambi hanno visto in questi cinque anni un grosso incremento e sviluppo: il SCN con il passaggio alle Regioni nel 2006 di competenze fondamentali prima di esclusivo appannaggio statale<sup>42</sup>; il SCR invece è nato e decollato proprio in questa legislatura, poiché nel 2006 è stata emanata la legge istitutiva del servizio civile regionale, nel 2009 è stato adottato il regolamento di attuazione della legge istitutiva ed è stato creato l'albo regionale per il servizio civile regionale.

In considerazione della diversità, dell'autonomia e dell'assoluta indipendenza dei due rami del servizio civile, si ritiene opportuno effettuare un'analisi separata e distinta.

### Il Servizio civile nazionale

Il 26/01/2006 è stato firmato un protocollo d'intesa tra l'ufficio nazionale per il servizio civile, le Regioni e le Province autonome per l'entrata in vigore del d.lgs. 77/2002, con il quale si stabilisce che dal 1° febbraio 2006 le Regioni iniziano le attività di propria competenza sul servizio civile. A tal fine la Regione ha dovuto dotarsi dei due programmi utilizzati dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile (UNSC), helios e business object: il primo, fondamentale per tutta la gestione dell'attività (accreditamento degli enti, approvazione dei progetti, effettuazione delle verifiche sui progetti avviati, ecc.); il secondo, utilizzato per estrapolare ed elaborare i dati immessi sul sistema helios. La complessità di questi programmi ha richiesto un particolare impegno da parte del personale regionale.

Nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto protocollo d'intesa, la Regione con decreto del dirigente n. 4205 del 13 settembre 2006 ha istituito l'albo regionale del servizio civile nazionale, al quale possono iscriversi gli enti pubblici e le organizzazioni private di competenza regionale, vale a dire quelli che hanno sede legale nella regione e sedi di attuazione dei progetti di servizio civile nazionale in non più di altre 3 regioni. Con decreto del dirigente n. 2930 del 1° luglio 2008 si è provveduto poi ad effettuare una revisione dell'albo, a seguito della riapertura da parte dell'UNSC della procedura per le richieste di accreditamento ed adeguamento negli albi di servizio civile nazionale. A luglio 2009 sono stati

---

<sup>42</sup> Ovvero: valutazione dei progetti, accreditamento degli enti e conseguente creazione di un albo regionale per il SCN cui afferiscono gli enti che operano solo sul territorio regionale, realizzazione di attività di verifica sui progetti effettuati dagli enti iscritti all'albo regionale mediante visite in loco presso le sedi degli enti ubicate su tutto il territorio regionale, realizzazione di un autonomo sistema di formazione per gli operatori del servizio civile mediante la stipula di un protocollo con CRESCIT, ente che riunisce alcuni grossi enti che operano nell'ambito del servizio civile.

nuovamente aperti i termini per l'accreditamento ed a seguito della nuova circolare in materia (circolare del 17 giugno 2009 emanata dall'UNSC "Norme sull'accreditamento degli enti di servizio civile nazionale") tutti gli enti già iscritti all'albo regionale, nonché gli enti che per la prima volta hanno deciso di accreditarsi, hanno dovuto inviare specifica documentazione. L'istruttoria dell'accreditamento dovrebbe concludersi entro la fine dell'anno con la pubblicazione del nuovo albo regionale per il servizio civile nazionale.

Dal 2006 alla Regione compete quindi anche la valutazione dei progetti presentati dagli enti iscritti all'albo regionale, sulla base dei criteri stabiliti a livello nazionale con il decreto del Ministro della solidarietà sociale del 3 agosto 2006 "Prontuario concernente le caratteristiche e le modalità per la redazione e la presentazione dei progetti di servizio civile nazionale da realizzare in Italia e all'estero, nonché i criteri per la selezione e l'approvazione degli stessi". La Regione inoltre, conformemente a quanto stabilito dal suddetto decreto al punto 4.3<sup>43</sup>, ha elaborato criteri aggiuntivi per la valutazione dei progetti di sua competenza, approvati con delibera di Giunta regionale n. 712 del 15 settembre 2008, successivamente modificati con delibera di Giunta regionale n. 752 del 31 agosto 2009.

Già nell'ottobre 2006 sono stati presentati 246 progetti da parte di enti iscritti all'albo regionale della Toscana, di cui 235 dichiarati ammissibili e 11 non ammissibili, mentre con successivo atto sono stati finanziati 87 progetti per un totale di 716 volontari. L'anno successivo sono stati presentati a livello regionale 228 progetti, di cui 220 ammissibili e 8 non ammissibili. In questa occasione i fondi messi a disposizione a livello statale erano inferiori a quelli dell'anno precedente, pertanto la Regione è intervenuta per finanziare con risorse proprie alcuni progetti, per un totale di 197.540,00 euro. In conseguenza di tale intervento sono stati finanziati 74 progetti di competenza regionale, per un totale di 750 giovani beneficiari.

Il terzo bando ordinario (2008) ha visto la presentazione di 196 progetti, di cui 195 sono stati dichiarati ammissibili. Anche in questa occasione, la Regione ha destinato un consistente finanziamento, pari a 1.500.000,00 euro finalizzato all'avvio al servizio civile di ulteriori 258 giovani in aggiunta a quelli avviati con i finanziamenti statali. Sono stati approvati quindi 91 progetti dei 195 presentati e risultati ammissibili e nel complesso i giovani avviati al servizio civile nell'anno 2009 sono stati 793 (occorre specificare che in questa occasione, ogni Regione ha devoluto alla Regione Abruzzo – colpita dal terremoto – 5 unità destinate a livello statale al servizio civile in ambito regionale).

Un'altra importante sfera di competenza passata alle Regioni dal 2006 è quella delle cosiddette verifiche, ovvero degli accertamenti sulla consistenza e le modalità della presentazione del servizio civile da parte dei volontari, nonché il perseguimento degli obiettivi indicati nel progetto approvato, secondo le modalità previste dalla legge.

La Regione deve effettuare annualmente verifiche a campione sui progetti in ambito regionale finanziati in quell'anno. A tal fine il d.p.c.m. 6 febbraio 2009 "Prontuario contenente le disposizioni per lo svolgimento delle funzioni di controllo e verifica sull'attuazione dei progetti di servizio civile nazionale" definisce l'attività di

---

<sup>43</sup> "le regioni possono con delibera di giunta stabilire dei criteri di valutazione ulteriori rispetto a quelli previsti dal medesimo prontuario, per un punteggio aggiuntivo a quello massimo complessivo raggiungibile sulla base dei criteri adottati dall'UNSC di non oltre 20 punti".

verifica, prevede che le risultanze della verifica siano inviate dalla regione all'ente accreditato entro 30 giorni dall'effettuazione della verifica stessa e rinvia alle linee guida redatte dall'UNSC, sentite le Regioni, per garantire che tale attività venga svolta secondo criteri di uniformità, trasparenza ed imparzialità.

Le linee guida stabiliscono che annualmente la Regione approvi un proprio programma di verifica, in base a criteri generali quali l'ambito di intervento dei progetti, il numero di volontari, la classe di appartenenza dell'ente, alla dislocazione geografica ai tempi di avvio o fine progetto. Per lo svolgimento di tale attività la Regione deve incaricare appositamente proprio personale mediante lettera di accreditamento. Le verifiche vengono disposte in linea di massima d'ufficio dalla regione, ma possono essere avviate anche su segnalazione motivata di soggetti pubblici e privati.

La Regione ha avviato l'attività di verifica nel 2008, con riferimento ai progetti avviati nel 2007: ad ogni ente oggetto di verifica è stata inviata apposita comunicazione e successivamente allo svolgimento della stessa è stata inviata comunicazione sull'esito della verifica effettuata. Nel 2008 la Regione ha effettuato 10 verifiche tramite propri funzionari, tutte con esito favorevole.

Nel 2009 è stato approvato il nuovo programma di verifica, con cui si è proceduto anche all'individuazione del personale abilitato ad effettuare le verifiche. Ad oggi le verifiche già effettuate riguardano 7 progetti (dislocati su tutte le tre aree vaste), tutte concluse con esito positivo, ed entro la fine dell'anno si prevede di effettuare ulteriori controlli sui progetti attivati nel 2008.

In materia di formazione, informazione e monitoraggio la Regione Toscana ha ritenuto opportuno avvalersi della collaborazione di enti ed associazioni con documentata esperienza nel servizio civile, stipulando un protocollo d'intesa con la Crescit (Conferenza Regionale degli Enti per il Servizio Civile in Toscana), che raggruppa gli enti di maggior dimensione organizzativa, appartenenti all'Albo Nazionale del Servizio Civile Nazionale. Tramite Crescit, inoltre, la Regione produce un rapporto annuale sul SC in Toscana (il primo è stato realizzato a fine 2008, mentre a fine 2009 dovrebbe essere prodotto il secondo) ed organizza annualmente un appuntamento stabile con la duplice finalità di presentare il rapporto relativo all'anno precedente (anche al fine di aprire un dibattito in materia politico/organizzativa) e dare voce ai giovani in servizio civile organizzando l'Assemblea annuale dei giovani in servizio civile. Il finanziamento che la Regione Toscana eroga a Crescit nell'arco dei due anni, previa presentazione di un rendiconto amministrativo semestrale sulle attività realizzate e sui costi sostenuti, è pari a 735.000,00 euro, suddiviso in 5 rate.

Nel 2008 Crescit ha attivato i corsi base per tutte le figure professionali coinvolte nel servizio civile, e precisamente:

- corso OLP (operatore locale di progetto) articolato in 3 giornate di 8 ore ciascuna per un totale di 24 ore;
- corso per selettore, articolato in 4 ore (1° modulo della 2° giornata del corso OLP);
- corso per monitoraggio, articolato in 4 ore (2° modulo della 2° giornata del corso OLP);
- corso per tutor, articolato in 8 ore (2° giornata del corso OLP);
- corso per progettista, articolato in 8 ore (3° giornata del corso OLP);
- corso per formatori, articolato in 4 giornate di 8 ore ciascuna per un totale di 32 ore;

- corso per RLEA (Responsabili locali di ente accreditato), articolato in 2 giornate di 8 ore ciascuna per un totale di 16 ore.

Nel 2009 è stato previsto di realizzare sia nuove edizioni dei corsi “base”, già effettuati nel 2008, sia nuovi corsi di aggiornamento, per tutte le figure coinvolte.

La giornata per il Servizio civile si è svolta presso il teatro Everest al Galluzzo a dicembre 2008. Nel 2009 si è svolto un incontro fra i giovani in servizio civile presso l’auditorium del CTO – AOU Careggi ad aprile mentre per il 20 novembre 2009 è prevista la II giornata per il Servizio civile, nell’ambito del convegno “Filigrane” dedicato ai giovani in Toscana.

## **Il Servizio civile regionale**

Il Servizio civile regionale è nato e decollato interamente nel corso di questa legislatura: nel corso di questi cinque anni è stata promulgata la legge istitutiva, è stato emanato il regolamento di attuazione della legge, è stato istituito l’albo degli enti di servizio civile regionale.

La legge istitutiva del servizio civile regionale è la n. 35 del 25 luglio 2006, che prevede l’attivazione presso la Giunta di un albo degli enti di servizio civile regionale pubblici e privati che operano nel territorio regionale, individuando i requisiti necessari per l’iscrizione (giovani fino a 30 anni contro i 26 del nazionale, possibilità di effettuare servizio civile per i diversamente abili fino a 35 anni), ed estendendo tale possibilità non solo ai cittadini italiani ma anche ai giovani residenti in Toscana o ivi domiciliati per motivi di studio e di lavoro. Differisce dalla normativa nazionale anche l’orario di svolgimento del servizio stabilito dalla legge regionale: si prevede che l’impegno settimanale possa andare dalle 25 alle 30 ore, accogliendo in tal modo una forte richiesta – proveniente sia dagli enti che dai volontari - di maggior versatilità ed elasticità dell’orario al fine di facilitare i giovani impegnati con lo studio o un’attività lavorativa.

Il regolamento di attuazione della legge 35 è stato approvato con d.p.g.r. n. 10/R del 20 marzo 2009. Con tale atto si è provveduto ad emanare una disciplina più puntuale e specifica sulle modalità di svolgimento del servizio civile regionale, le procedure da seguire, la tempistica da rispettare. A seguito dell’emanazione del regolamento la Regione, con decreto del dirigente 2791 del 11/06/2009 poi modificato con decreto del dirigente 3323 del 15/07/2009, ha approvato il bando per l’iscrizione all’albo degli enti di servizio civile regionale. Sebbene il regolamento preveda che la domanda per l’iscrizione all’albo possa essere presentata in qualunque momento, senza che sia necessaria l’emanazione da parte della regione di un apposito bando, in questa occasione si è proceduto in maniera peculiare al fine di procedere alla prima pubblicazione dell’albo. Le domande pervenute sono state 163, di cui 98 per l’iscrizione di enti privati e 65 di enti pubblici (sono previste due distinte sezioni per le due tipologie di enti).

A seguito della pubblicazione dell’albo la Regione intende partire con un primo bando regionale entro il 2009 o al massimo nei primi mesi del 2010 al fine di attivare definitivamente il percorso regionale (causa la fine della legislatura è stato necessario apportare una modifica alla l.r. 35 con la legge di manutenzione, pertanto è necessario aspettare l’approvazione di quest’ultima per poter emanare un bando regionale).

Nel corso del 2009 si è provveduto anche ad aggiornare ed implementare il sito internet regionale dedicato al servizio civile ([www.serviziocivile.toscana.it](http://www.serviziocivile.toscana.it)), al fine di permettere all’utenza esterna (enti e cittadini) di avere in qualunque momento

notizie utili ed in tempo reale concernenti questa materia; sono state create una serie di rubriche suddivise per argomento: una per tutta la normativa regionale e nazionale, una pagina per vedere le scadenze in atto (bandi per i ragazzi con facsimile di domanda, bandi per gli enti per la presentazione dei progetti, calendario dei corsi per gli operatori del settore, ecc), un'altra per la documentazione in essere (albo regionale per il servizio civile nazionale, albo nazionale, albo degli enti di servizio civile regionale, nonché una serie di link utili e pertinenti la materia.

### **10.3 Gli interventi sui minori e le famiglie**

Le funzioni svolte dall'Osservatorio minori e dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, gestiti dall'Istituto degli Innocenti di Firenze secondo le previsioni della l.r. 31/2000, hanno assicurato una specifica e coordinata azione di sostegno all'attuazione degli obiettivi della programmazione regionale integrata, con riferimento al settore minorile e della famiglia, nel quadro degli atti regionali di programmazione e indirizzo, in ultimo del PISR 2007/2010.

Il Centro regionale ha operato come strumento informativo e conoscitivo di supporto e di indirizzo ai diversi soggetti del sistema toscano di programmazione e gestione delle politiche di intervento per l'infanzia e l'adolescenza (Regione, Province e Osservatori sociali provinciali, Comuni, zone socio-sanitarie, Società della Salute, Aziende sanitarie, privato sociale, associazionismo).

Per rispondere alle esigenze informative necessarie ai soggetti competenti, il Centro regionale ha avviato e rafforzato tre filoni di attività di rilevazione statistica e di diffusione dell'informazione volti a:

- ricognizione delle statistiche ufficiali esistenti;
- creazione di sistemi informativi;
- predisposizione di sistemi di monitoraggio e realizzazione di ricerche ad hoc.

In particolare, l'attività di raccolta, sistematizzazione, armonizzazione e organizzazione delle informazioni statistiche ufficiali esistenti ha permesso di offrire dati puntuali e attendibili sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Toscana. L'organizzazione delle informazioni ha permesso, infatti, di leggere i fenomeni attraverso l'analisi delle caratteristiche dei bambini e degli adolescenti (genere, età, cittadinanza, ecc...), delle serie storiche, delle differenze territoriali (interregionali e interprovinciali), ma soprattutto attraverso la definizione e la costruzione di appropriati indicatori statistici che costituiscono la base imprescindibile per la costruzione dei periodici rapporti sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza e che avranno, nei prossimi anni, un ruolo fondamentale nello sviluppo informativo del Centro regionale.

Uno degli strumenti maggiormente rilevanti per l'analisi delle politiche regionali è rappresentato dal monitoraggio sulle attività, gli interventi e le prestazioni realizzati nelle zone sociosanitarie per bambini che vivono in famiglia e fuori famiglia. Tale attività, resa possibile dalla forte collaborazione delle zone sociosanitarie, e sviluppatasi costantemente dal momento della sua prima attivazione nel 2000, consente a oggi di rilevare dati omogenei sugli interventi territoriali.

L'ampia disponibilità di dati di base ha facilitato lo sviluppo di percorsi particolari di approfondimento, attraverso la realizzazione di indagini su fenomeni specifici, quali:

- indagine censuaria sulle caratteristiche degli affidamenti nella nostra regione. La costruzione e la realizzazione della ricerca, che ha fornito un panorama ricchissimo di informazioni, hanno tratto forza e significatività da un lato dal set informativo già disponibile, dall'altro dalla forte interazione con i servizi di base, l'interlocuzione con i quali, chiamati di fatto a garantire la rilevazione delle informazioni, è stata fondamentale per la quantità e qualità dei dati raccolti;
- indagini campionarie sulla condizione e gli stili di vita dei giovani nella nostra regione;
- indagine qualitativa sui servizi per la mediazione familiare;
- indagine qualitativa sulle caratteristiche delle famiglie accoglienti (in collaborazione con Irpet).

Nel periodo preso in esame numerosi sono stati gli interventi di approfondimento, aggiornamento professionale e informazione che hanno visto coinvolti referenti regionali, gli esperti del Centro regionale e operatori, tecnici e amministratori. Le iniziative sono state normalmente sviluppate come percorsi di formazione-azione, di accompagnamento allo sviluppo dei servizi, spesso a carattere innovativo e sperimentale.

Elementi caratterizzanti e qualificanti delle attività realizzate sono da considerarsi sicuramente la connessione e l'integrazione con le altre aree di attività (elaborazione statistica, documentazione, ricognizione e analisi) ed il progressivo crescente coinvolgimento delle referenze territoriali nello sviluppo progettuale, in particolare per i percorsi formativi di maggiore complessità ed articolazione.

In sintesi i temi principali intorno ai quali sono state costruite le proposte di aggiornamento più significative sono:

- adozione nazionale e internazionale. Prosecuzione delle azioni, sviluppate a partire dai primi anni Duemila, di approfondimento e valorizzazione delle competenze e delle professionalità dei soggetti coinvolti nel percorso adottivo, in accompagnamento alla nuova riorganizzazione del modello regionale e allo sviluppo del sistema. I percorsi hanno coperto nel corso degli anni, a più riprese e con vari interventi, tutte le fasi dell'iter adottivo: informazione e preparazione delle coppie, valutazione, fase postadottiva, supervisione. In ultimo, è stato realizzato un percorso di aggiornamento e supervisione per gli operatori dei Centri adozione di Area Vasta (2007/2008);
- allontanamento dei minori dal nucleo familiare e il loro affidamento a famiglie o comunità. Si tratta di uno dei temi sul quale la riflessione è ancora in atto e numerose sono le occasioni a carattere seminariale e formativo realizzate e in programma. In particolare e in ultimo si segnalano:
  - percorso formativo realizzato nel periodo febbraio-giugno 2008;
  - programmazione per l'anno 2010 di iniziative di formazione e scambio interregionali;
- multiproblematicità dei servizi e complessità degli interventi in materia di accoglienza, orientato ad affrontare le sfide dell'integrazione dei servizi e degli interventi;

- elaborazione progettuale di iniziative di formazione e scambio sulla realtà dei minori stranieri non accompagnati, anche nel quadro delle azioni regionali nell'ambito della rete REMI;
- abbandono alla nascita e sostegno al percorso di sperimentazione "Mamma Segreta". Il contributo è stato orientato a fornire un supporto continuo e mirato anche con riferimento al percorso di formulazione di indirizzi regionali in materia di prevenzione degli abbandoni alla nascita;
- prevenzione dell'abuso e del maltrattamento di minori. E' stato sviluppato un percorso di analisi e confronto (novembre 2008-dicembre 2009) in raccordo con le referenze delle quattro aree vaste regionali per la revisione delle linee guida regionali del 2002. E' stata inoltre predisposta l'edizione aggiornata del documento regionale di indirizzi in materia in vista dell'avvio dell'iter di approvazione.

Le diverse iniziative dell'Osservatorio minori e del Centro regionale e di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza sono state condotte con un approccio sistemico volto a:

- garantire il confronto e lo scambio con i diversi soggetti istituzionali operanti nel settore, con particolare riferimento alle autorità giudiziarie e al sistema sanitario;
- promuovere la conoscenza delle innovazioni normative e regolamentari;
- favorire la massima diffusione tra gli operatori dei risultati prodotti nei contesti formativi, con particolare riferimento al trasferimento delle esperienze e alla diffusione di strumenti e metodologie di lavoro (affidamento familiare e adozione);
- sviluppare la produzione di materiali di analisi inerenti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia a livello locale e nazionale sia per gli uffici regionali che per i soggetti della rete territoriale, consistenti anche in report periodici di sintesi delle attività in corso e/o di documenti su temi specifici la cui elaborazione può rendersi necessaria su questioni emergenti o a seguito di richieste specifiche.

Da rilevare che nel periodo in esame una particolare attenzione è stata dedicata al tema del flusso dei minori stranieri non accompagnati nel territorio regionale, che vede forti concentrazioni in particolare in alcune zone quali le aree di Firenze, Prato, Lucca, della Valdinievole.

Nell'ambito di una revisione dei report di rilevazione sugli inserimenti dei minori in strutture e in percorsi di affidamento sviluppata in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti e le 34 zone socio-sanitarie della Toscana è stata inoltre prevista una specifica ricognizione dei dati attinenti alle presenze dei minori stranieri non accompagnati.

L'adeguamento del sistema di rilevazione consente di disporre di flussi di dati in grado di fornire una chiara rappresentazione dell'andamento del fenomeno sotto i profili della distribuzione territoriale, della provenienza, dell'età, delle diverse modalità di presa in carico. E' inoltre finalizzato a favorire un'analisi accurata degli interventi dei servizi territoriali e una loro evoluzione in direzioni nuove quali ad esempio il potenziamento dei percorsi di affidamento familiare rispetto all'inserimento in strutture di tipo residenziale, spesso estremamente oneroso a fronte di una scarsa aderenza alle reali esigenze del minore straniero.

Un impegno particolare è stato dedicato inoltre alla promozione dello sviluppo della rete transnazionale denominata REMI che consente di sviluppare un significativo partenariato con territori di altri paesi Europei quali la Francia e la Spagna e con istituzioni dei paesi di provenienza dei flussi migratori quali il Marocco e l'Algeria, e quindi di realizzare significativi scambi di esperienze tra operatori di paesi diversi sia di provenienza che di destinazione. Nell'ambito della rete REMI è stato programmato un percorso di formazione per operatori dei diversi paesi interessati al fenomeno nell'ambito del programma europeo denominato Grundvig. Il programma di formazione si svilupperà nelle tre sedi di Avignone, Marsiglia e Firenze nei primi mesi del 2010. Nell'ambito della rete REMI si è avviata la costituzione di un Osservatorio euromediterraneo sui minori stranieri non accompagnati che prevede la pubblicazione periodica di quaderni dedicati a una diffusione di dati e analisi provenienti dai diversi contesti territoriali.

Nel contesto della rete è stata inoltre esaminata l'esperienza della piattaforma Catalogna-Marocco sostenuta dall'Unione Europea e dedicata allo sviluppo di un processo di cooperazione teso a favorire il sostegno dei minori nei paesi di origine al fine di prevenirne la migrazione clandestina.

L'analisi dell'esperienza potrà consentire lo sviluppo del progetto con un allargamento dell'area interessata del Marocco e con una condivisione del percorso da parte di altre istituzioni aderenti alla rete REMI.

L'attenzione ai minori stranieri si è anche rivolta al contesto della scuola investita dal fenomeno di una crescente loro incidenza nell'ambito della popolazione scolastica complessiva. Sono quindi stati sostenuti diversi progetti sviluppati in territori della regione quali i Comuni di Pisa, Campi Bisenzio, l'area del Chianti fiorentino. Particolare rilevanza ha avuto la progettualità sviluppata nell'area pratese in considerazione dell'ampiezza del territorio interessato corrispondente all'intera Provincia e alla particolare incidenza del fenomeno, che colloca il territorio al secondo posto a livello nazionale.

La Regione ha quindi promosso la firma di un protocollo d'intesa "per l'accoglienza dei minori stranieri e per lo sviluppo interculturale del territorio pratese" al quale hanno aderito l'Amministrazione provinciale di Prato, i 7 Comuni della provincia, la Sovrintendenza scolastica regionale, il CSA provinciale e tutti gli istituti scolastici di primo e secondo grado della provincia<sup>44</sup>. Il percorso rappresenta una sperimentazione di forte rilievo, in quanto realizzata in un contesto territoriale di particolare complessità, dei possibili adeguamenti del sistema scolastico da realizzare per favorire una valorizzazione della presenza dei minori stranieri non più percepita come possibile turbativa dell'ordinario tradizionale svolgimento della vita scolastica.

Nell'ambito delle politiche di sostegno delle famiglie sono da ricordare le azioni condotte per l'attuazione degli appositi accordi sviluppati con il Dipartimento per le politiche per la famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Un primo filone operativo si è sviluppato nel sostegno alle famiglie numerose con presenza al loro interno di quattro o più figli.

E' stato sottoscritto un protocollo d'intesa con l'ANCI regionale, con la rappresentanza toscana dell'Associazione Nazionale delle Famiglie Numerose e con la CISPEL, associazione rappresentativa delle aziende erogatrici di servizi pubblici, per favorire l'abbattimento dei costi sostenuti dalle famiglie per il

---

<sup>44</sup> Per un approfondimento sul progetto si veda il paragrafo 9.1

pagamento delle bollette per il consumo di acqua. E' stata quindi attivata una procedura che, a seguito della richiesta degli interessati, determina un abbattimento dei costi delle bollette secondo un importo determinato in relazione al numero dei figli e al reddito complessivo dei componenti del nucleo familiare anafigura.

Un secondo filone di attuazione degli accordi con il Dipartimento per la famiglia riguarda la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari e il sostegno alle famiglie con al loro interno una persona non autosufficiente. In tale ambito è stato elaborato uno specifico progetto con la collaborazione di Italia Lavoro, agenzia tecnica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. La realizzazione del progetto prevederà lo sviluppo di attività di formazione delle assistenti familiari secondo l'apposito modulo formativo previsto per l'assistente familiare dalla disciplina regionale in materia. Sarà inoltre favorito l'incontro tra domanda e offerta di lavoro tramite un potenziamento dei Centri per l'impiego e dei Punti Insieme previsti dalla legge regionale istitutiva del Fondo per la non autosufficienza con il compito di accogliere l'espressione del bisogno espresso dalla famiglia. Verrà quindi promosso il collegamento tra i servizi dei Punti Insieme e dei Centri per l'impiego per lo svolgimento efficace di un'azione di corretto recepimento delle richieste delle famiglie e di supporto nella individuazione di idonea figura di assistente familiare.

Nello sviluppo dei nuovi servizi adeguata attenzione verrà inoltre prestata all'azione di tutoraggio per la soluzione delle problematiche nei rapporti tra famiglia e assistente familiare che possano insorgere durante il rapporto di lavoro. Verrà infine prevista un'adeguata assistenza alla famiglia nella redazione del contratto di lavoro e nella cura di tutti gli adempimenti previsti quali le dovute comunicazioni, i pagamenti dei contributi previdenziali così come adeguata informazione verrà fornita alla famiglia per l'accesso ai benefici riconosciuti, compresi quelli di carattere fiscale.

Il terzo filone di attività in attuazione degli accordi di programma con il Dipartimento per le politiche per le famiglie si è sviluppato nella direzione del potenziamento delle funzioni sociali dei consultori familiari. Per il raggiungimento di questo obiettivo si è lavorato integrando e rafforzando il percorso che la Regione aveva già da tempo avviato per la riqualificazione dei consultori familiari. La condivisione degli obiettivi e delle finalità con il settore materno infantile ha consentito il diretto coinvolgimento nelle scelte programmatiche ed operative dei referenti dei consultori che, attraverso la relativa commissione regionale, sono stati consultati in tutte le fasi che hanno contraddistinto il percorso attivato. L'apporto fattivo di tali figure ha consentito di operare una scelta condivisa sui filoni tematici di intervento, coerente da un lato con le finalità dettate dalla cornice normativa di riferimento rappresentata dall'accordo ministeriale e dall'altro con le necessità oggettive dei singoli territori sui quali si è calata l'azione progettuale. I filoni di intervento specifici si sono innestati sul processo di riorganizzazione del sistema dei consultori familiari incentrato sulla costituzione della rete regionale dei consultori principali, sull'istituzione di un consultorio principale in ogni zona-distretto, nonché sulla definizione di percorsi assistenziali per il sostegno integrato alla donna, alle coppie e alle famiglie. Tale processo, già in atto al momento dell'avvio delle azioni derivanti dall'accordo ministeriale, ha potuto giovare dell'aspetto della continuità progettuale ed operativa ed ha gettato le basi per la costituzione di condizioni

favorevoli allo sviluppo di interventi mirati di carattere più squisitamente sociale e socio-sanitario.

Le linee progettuali specifiche hanno riguardato infatti tematiche ed ambiti di intervento a stretta integrazione socio-sanitaria che hanno consentito lo sviluppo di progetti quasi esclusivamente rafforzativi di attività non scontate per la realtà consultoriale toscana: in tal modo è maturata l'opportunità di un radicamento nel sistema dei servizi consultoriali di pratiche volte al sostegno di persone e famiglie in situazioni di fragilità sociale e psico-relazionale, in particolare per quanto riguarda gli ambiti:

- della genitorialità e della preparazione alla nascita;
- delle famiglie a rischio di allontanamento di minori;
- della prevenzione e della cura di forme di maltrattamento e/o abuso su donne e/o minori;
- del servizio di mediazione culturale per l'accompagnamento di famiglie immigrate;
- dell'attivazione del percorso "Mamma segreta" per la prevenzione dell'abbandono alla nascita e per l'affermazione del diritto del parto in anonimato.

# Capitolo 11 - La legge regionale sulla violenza di genere

## 11.1 Il quadro generale della legge 59/2007

La legge sulla violenza di genere rappresenta un importante traguardo nell'ambito degli interventi di pari opportunità e degli interventi per la tutela della cittadinanza sociale. Attraverso la legge 59 del 2007 si riconosce infatti "che ogni tipo di violenza di genere, psicologica, fisica, sessuale ed economica, ivi compresa la minaccia di tali atti, la persecuzione, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, costituisce una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica e costituisce un'autentica minaccia per la salute ed un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta.." (art. 1). Elemento centrale di questo percorso legislativo è stato però la sua attuazione sui territori, rispetto ai quali la normativa ha espresso la necessità di costituire un sistema in grado di realizzare politiche di contrasto alla violenza, promuovere attività di prevenzione, garantire adeguata accoglienza, protezione, solidarietà e sostegno alle vittime di maltrattamenti, con responsabilità precise per la Regione, gli Enti locali, il sistema socio-sanitario. Tale sistema vede al centro della rete i Comuni, le Province, le Aziende ospedaliero-universitarie, le ASL, le Società della Salute, l'Ufficio scolastico regionale e gli Uffici scolastici provinciali, le Forze dell'ordine, gli Uffici territoriali del Governo, la Magistratura, i Centri antiviolenza. Si tratta di soggetti pubblici e di Terzo Settore in grado di apportare conoscenze, competenze ed anche sensibilità diverse al sistema, di ampliare lo sguardo su un fenomeno ancora troppo spesso sommerso ed invisibile, ancorché grave e inaccettabile. Obiettivo della rete è inoltre quello di creare modalità operative omogenee, alle quali contribuisce fattivamente l'Amministrazione Regionale attraverso la sua funzione di coordinamento, e di attivare immediatamente le diverse competenze dei soggetti sia su base provinciale che territoriale-distrettuale. Attraverso la rete, infatti, il ricorso da parte della vittima di un atto di violenza anche ad uno solo dei nodi che la compongono, fa sì che immediatamente la richiesta di intervento raggiunga i soggetti maggiormente deputati, di volta in volta, a farsene carico, incrementando l'efficacia dell'azione. La rete territoriale disegnata dalla legge diventa elemento strutturale di tutto il sistema anche per quanto riguarda il tema della prevenzione, che trova realizzazione attraverso l'elaborazione di "progetti finalizzati a promuovere nelle scuole e nelle famiglie l'educazione al rispetto nella relazione tra i sessi, al rispetto dell'identità sessuale, religiosa e culturale, alla non violenza come metodo di convivenza civile.." (art. 4 comma 1), nonché per il sostegno e il soccorso alle vittime degli atti di violenza. Anche in questo caso, infatti, si prevede la realizzazione di interventi sinergici tra i diversi soggetti e di progetti di intervento personalizzati sia per la vittima che per i suoi familiari. La Regione garantisce che tutti i soggetti che compongono la rete siano adeguatamente formati ed aggiornati sulle tematiche di intervento "con particolare riguardo alla formazione congiunta tra operatori sanitari, operatori degli Enti locali, dei Centri antiviolenza, operatori delle Forze dell'ordine, della Magistratura e degli Uffici territoriali del Governo-prefetture" (art. 9 comma 1). In quest'ottica si colloca

inoltre l'istituzione presso l'Osservatorio sociale regionale di un'apposita sezione denominata Osservatorio regionale sulla violenza di genere, che realizza il monitoraggio sulla violenza di genere attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai Centri antiviolenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale, analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio. Per la realizzazione di tali attività l'Osservatorio sociale regionale si avvale dell'operatività degli Osservatori sociali provinciali, importanti strumenti di osservazione e analisi delle dinamiche che si realizzano sui singoli territori. Fondamentale rispetto al sistema di interventi previsto dalla legge è inoltre il Centro di coordinamento istituito su ogni distretto presso le Aziende ospedaliero-universitarie e Aziende USL. Esso garantisce l'accoglienza, l'assistenza e la cura delle vittime di violenza attraverso l'intervento di un'equipe multidisciplinare di professionisti composta da un ginecologo, uno psicologo, un neuropsichiatra, un assistente sociale, un medico generico, un pediatra. La struttura è in grado di garantire inoltre la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento in grado di assicurare assistenza sotto i molteplici aspetti socio-sanitari necessari, la conseguente presa in carico ai sensi della l.r.41/2005 e l'attivazione della rete di protezione della vittima al fine di assicurare l'immediata predisposizione di azioni e servizi necessari. Tra questi rientrano anche le case rifugio, luoghi protetti ad indirizzo segreto gestite dai Centri antiviolenza all'interno delle quali le vittime della violenza, eventualmente con i propri figli minori, sono accolte e protette nel pieno anonimato. "La rete assicura, inoltre, la disponibilità di strutture alloggiative temporanee, individuali e collettive, nelle quali sono ospitate le vittime che, passato il pericolo, necessitano comunque di un periodo limitato di tempo per rientrare nella precedente abitazione o per raggiungere l'autonomia abitativa." (art. 8 comma 4).

## **11.2 Il percorso della rete regionale degli Osservatori sociali**

La costruzione di una rete regionale contro la violenza di genere risponde, come già sopra menzionato, alla legge regionale 16 novembre 2007, numero 59 nonché a quanto stabilito dall'art. 13 comma 4 della legge regionale 41/2005<sup>45</sup> e dal successivo protocollo di intesa tra Regione e le Province firmato il 16 luglio 2008. Tale protocollo riguarda lo sviluppo e il consolidamento della rete tra Osservatorio sociale regionale e Osservatori sociali provinciali, per la realizzazione delle cui finalità i firmatari si impegnano a predisporre, realizzare e monitorare annualmente un Piano di lavoro concertato (PLC). Uno degli strumenti individuati per adempiere a questo compito è rappresentato dalla costituzione di tavoli di lavoro sui temi previsti dal PLC, tra i quali si trova anche la violenza di genere.

E' stato dunque all'interno del tavolo dedicato a questo argomento che, a partire dalla fine del 2008, si è andato strutturando un percorso di lavoro volto a rispondere in maniera efficace alla necessità di avere informazioni puntuali,

---

<sup>45</sup> "Le province esercitano funzioni finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione"

precise, immediatamente utilizzabili ma anche costantemente aggiornate rispetto sia a tutti i soggetti che sui territori si occupano a vario titolo della violenza di genere, sia della loro attività.

Alla prima esigenza si è risposto attraverso la realizzazione di una mappatura delle strutture organizzative che si occupano della violenza di genere e dei loro rapporti con le altre strutture del territorio, per poter costruire un'anagrafe delle strutture facilmente fruibile e costantemente aggiornata. E' stato creato quindi un database contenente tutte le informazioni relative alle strutture che si occupano di violenza presenti sul territorio toscano, un lavoro capillare cui hanno contribuito gli Osservatori sociali provinciali, l'Osservatorio regionale e i Centri antiviolenza. In collaborazione con i sistemi informativi della Regione è stata infatti sviluppata un'applicazione con la quale vengono pubblicate e tenute sempre aggiornate le informazioni relative a tali strutture. Oggi il progetto è visibile all'indirizzo [www.e.toscana.it/strutture\\_violenza](http://www.e.toscana.it/strutture_violenza), che contiene informazioni sui Centri antiviolenza e sulle altre strutture operanti nei settori sociali e socio-sanitari, che a vario titolo si occupano del problema nel territorio toscano: Centri antiviolenza, Centri d'ascolto, consultori, pronto soccorso, servizi sociali, altri tipi di strutture. Con le informazioni raccolte in questa anagrafe sono state prodotte le schede informative dei Centri antiviolenza.

Altro tema affrontato è stato poi quello relativo all'attività di tali soggetti, ed in particolare all'esigenza di reperire informazioni quantitative sull'attività dei Centri antiviolenza che potesse diventare un flusso dati omogeneo a livello regionale. Attraverso un censimento delle schede già in uso dagli Osservatori e dagli stessi Centri antiviolenza, con la stretta collaborazione di tutti gli attori in gioco, si è così arrivati all'implementazione di un database unificato nel quale i Centri antiviolenza inseriscono i loro dati. L'applicativo è stato realizzato con la collaborazione di più soggetti istituzionali: la Regione Toscana, le Pari Opportunità, l'Osservatorio Sociale Regionale, l'Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (UNCEM) Toscana. L'obiettivo di questo ambizioso progetto è poter disporre di un set minimo di informazioni confrontabili su tutto il territorio regionale, necessario per le attività di monitoraggio e analisi del fenomeno, che consenta di predisporre strategie mirate di intervento di contrasto del fenomeno della violenza. L'importanza di avere dati sulla violenza di genere sembrerebbe scontata, se non ci scontrassimo periodicamente con i ritmi e le logiche del sistema mediatico, che centra la sua attenzione sull'argomento, per poi dimenticarsene quando i riflettori dell'ennesimo caso si sono spenti. Ma la violenza di genere non segue le ondate che i media vogliono attribuirle: essa striscia nella quotidianità, il più delle volte in modo silenzioso, senza nessun riflettore, come ben sanno le operatrici e le volontarie dei Centri antiviolenza di cui è ricca la nostra regione. Da qui la necessità di avere dati aggiornati e istituzionali: spesso infatti quello che vediamo sono informazioni di bassa qualità che si focalizzano sull'emozione del momento e non sanno rappresentare la realtà di un fenomeno troppo spesso sommerso. Sommerso perché ancora la denuncia è un momento difficile, sommerso perché fino ad adesso non c'era stato un modo per raccogliere questi dati in modo omogeneo su un territorio vasto come quello regionale. Per questo sono fondamentali misure pubbliche che facciano luce sulle dinamiche della violenza nel contesto familiare e sociale, che facciano emergere le molteplici situazioni e rendano possibili azioni strategiche permanenti, capaci di prevenire ed offrire l'adeguato sostegno alle vittime. Un mancato governo politico di questi processi

rischierebbe di indebolire la percezione della gravità del fenomeno violenza che necessita al contrario di un impegno quotidiano diffuso sul territorio attraverso un sistema condiviso di strumenti e azioni e un'adeguata informazione e formazione a tutti i livelli. Il tema della violenza entra così a far parte di un sistema di informazioni regionali che ha come obiettivo quello di seguire il cittadino nel percorso socio-sanitario. Integrazione e partecipazione sono le parole chiave di questo progetto, che ha come obiettivo quello di creare una conoscenza comune, compartecipata, che permetta all'ente pubblico e al sistema regione in senso lato (e, dunque, non solo alla Regione) di intervenire su un tema così delicato.

Per approfondimenti e maggiori dettagli consultare il sito:

<http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>

### 11.3 Il monitoraggio del fenomeno

L'applicativo web per la rilevazione del fenomeno sulla violenza di genere è uno degli strumenti informativi di cui si è dotata la Regione per rispondere alle necessità dell'Osservatorio sociale regionale e degli Osservatori sociali provinciali di analizzare e monitorare il fenomeno della violenza di genere<sup>46</sup>.

L'applicativo web è operativo dal 1° luglio 2009 e risponde sia ad esigenze di gestione delle attività dei Centri antiviolenza (ricependo in forma aggregata anche le attività pregresse) che di costituzione di una prima base dati utile per l'analisi del fenomeno, oltre che costituire una prima standardizzazione delle codifiche di primo contatto utilizzate per l'analisi del caso e per le azioni messe in campo.

La scheda per la rilevazione delle informazioni sull'utente, che costituisce la maschera attraverso cui i Centri antiviolenza inseriscono i dati nell'applicativo per la rilevazione delle richieste di aiuto ai servizi che fanno parte della rete regionale contro la violenza alle donne (VGRT), è frutto di un lavoro condiviso tra le strutture operanti sul territorio e di un continuo confronto con il Tavolo della Sanità che si occupa di violenza di genere. Alla scheda unica si è infatti giunti dopo un censimento delle schede già in uso presso i vari Centri antiviolenza con lo scopo di creare uno strumento facile da usare e allo stesso tempo in grado di contenere dati fondamentali per il monitoraggio e l'analisi del fenomeno della violenza sulle donne. L'adozione di un unico strumento consente di fotografare e di descrivere la realtà delle donne vittime di violenza sia a livello regionale che a livello provinciale ed è un primo passo per l'adozione di politiche comuni volte a sconfiggere il fenomeno agendo su quelle problematiche culturali e sociali che lo alimentano.

La violenza sulle donne e sui minori viene anche definita violenza di genere, e questo mira a "mettere in luce la dimensione "sessuata" del fenomeno in quanto [...] manifestazione di un rapporto tra uomini e donne storicamente diseguale che ha condotto gli uomini a prevaricare e discriminare le donne" e quindi come "[...]

---

<sup>46</sup> Le funzioni dell'Osservatorio sociale regionale sono previste all'interno di norme generali riguardanti il sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (l.r. 41/2005 artt. 13 e 40), nonché in leggi tematiche come le norme contro la violenza di genere (l.r. 59/2007 art.10) e la normativa per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana (l.r. 29/2009 art 6 commi 13 e 14). Le funzioni di Osservatorio sociale regionale sono svolte attraverso un lavoro di rete con gli Osservatori sociali provinciali e un percorso comune formalizzato in un protocollo di intesa e in un piano di lavoro. Per approfondimenti e maggiori dettagli consultare il sito: <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>.

uno dei meccanismi sociali decisivi che costringono le donne a una posizione subordinata agli uomini”<sup>47</sup>.

La concezione di violenza adottata nella scheda dell'applicativo, e di conseguenza la classificazione dei tipi di violenza, segue le definizioni elaborate dall'Istat nell'Indagine multiscope sulla sicurezza delle donne condotta nel 2006. L'Istat classifica i tipi di violenza in: fisica, sessuale, psicologica e comportamenti persecutori, stalking, che includono quegli atti e quegli atteggiamenti “che incutono timore alle donne, perpetrati da un partner al momento o dopo la separazione” e che consistono in continue richieste di contatto attraverso sms, telefonate ed appostamenti. La violenza fisica si distribuisce lungo un continuum di gravità che vede come categorie definite “la minaccia di essere colpita fisicamente, l'essere spinta, afferrata o stratonata, l'essere colpita con un oggetto, schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o a morsi, il tentativo di strangolamento, di soffocamento, l'ustione e la minaccia con armi”. La violenza sessuale comprende tutte le situazioni in cui la donna è costretta ad atti sessuali contro il suo consenso e la sua volontà (“stupro, tentato stupro, molestia fisica sessuale, rapporti sessuali con terzi, rapporti sessuali non desiderati subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali degradanti e umilianti”). Per violenza psicologica si intendono: le denigrazioni davanti ad altri, cioè l'umiliazione della donna nella gestione dei figli, della casa, nell'aspetto fisico e nell'abbigliamento; il controllo dei comportamenti (l'uomo condiziona la donna nell'abbigliamento e nelle scelte, ne controlla gli spostamenti e le relazioni amicali); le strategie d'isolamento con cui l'uomo cerca di limitare i contatti della donna con la famiglia d'origine e con gli esterni (ad esempio impedendole di lavorare, di studiare); le intimidazioni che consistono in vere e proprie minacce ai figli usate in forma di ricatto, alla donna stessa, alle sue cose e ai suoi animali; le forti limitazioni economiche, come l'impossibilità di conoscere il reddito familiare, di disporre di proprie risorse, di contribuire alla gestione dell'economia domestica. Da ciò emerge che la violenza psicologica non può essere considerata come una sorta di categoria residuale a cui ricondurre le richieste di aiuto in cui non si evidenziano altre violenze: essa è infatti molto forte in determinati contesti socio-culturali dove la figura della donna non si è ancora emancipata e dove la consapevolezza dei propri diritti e la presa di coscienza della propria reclusione sociale faticano ad emergere.

Ciascun Centro antiviolenza ha la facoltà o di accedere direttamente, con un proprio profilo utente, allo strumento con modalità online (<https://webs.rete.toscana.it/vgrt/login.jsp>) oppure di avvalersi del supporto dell'Osservatorio sociale provinciale di riferimento. Le informazioni registrate riguardano le caratteristiche socio-demografiche di chi si rivolge ai Centri antiviolenza, le modalità di accesso, le violenze subite e i percorsi attivati.

Di seguito, si riporta come esemplificazione un estratto di alcune elaborazioni dati<sup>48</sup> tratte dal Primo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana a cui si rimanda<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Introduzione della Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne del 1993.

<sup>48</sup> I dati descrivono le caratteristiche socio demografiche, i tipi di violenza subite, gli aggressori delle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza facenti capo alla rete regionale. Non possono essere considerati dati rappresentativi di tutta la popolazione delle donne vittime di violenza.

<sup>49</sup> Bagattini D., Pedani V., *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana: anno 2009: un'analisi dei dati dei Centri antiviolenza* Centro stampa Giunta Regione Toscana, 2009.

**Tabella 11.1**

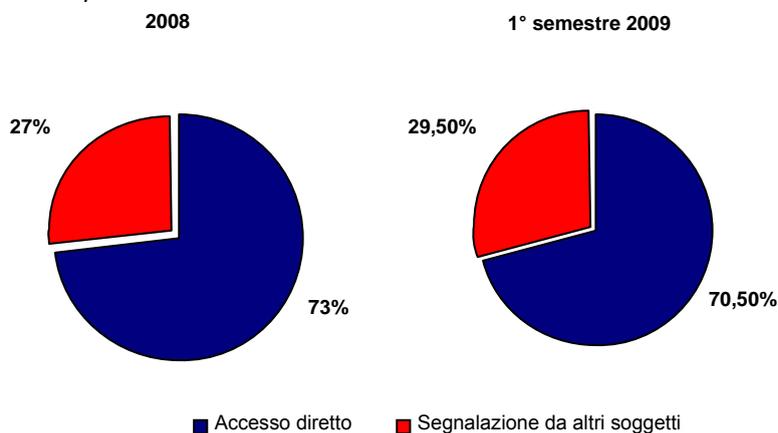
Numero di donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per provincia e periodo di riferimento - valori assoluti

Provincia	01/01/2008 – 31/12/2008 (livello aggregato)	01/01/2009 – 30/06/2009 (livello aggregato)	01/07/2009 – 30/09/2009 (livello individuale)	Totale
AR	103	56	23	182
FI	704	417	188	1.309
GR	60	28	10	98
LI	51	43	14	108
LU	119	100	35	254
MS	5	11	9	25
PI	182	106	63	351
PT	120	70	31	221
PO	161	111	37	309
SI	130	61	22	213
<b>Toscana</b>	<b>1.635</b>	<b>1.003</b>	<b>432</b>	<b>3.070</b>

Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*

**Figura 11.1**

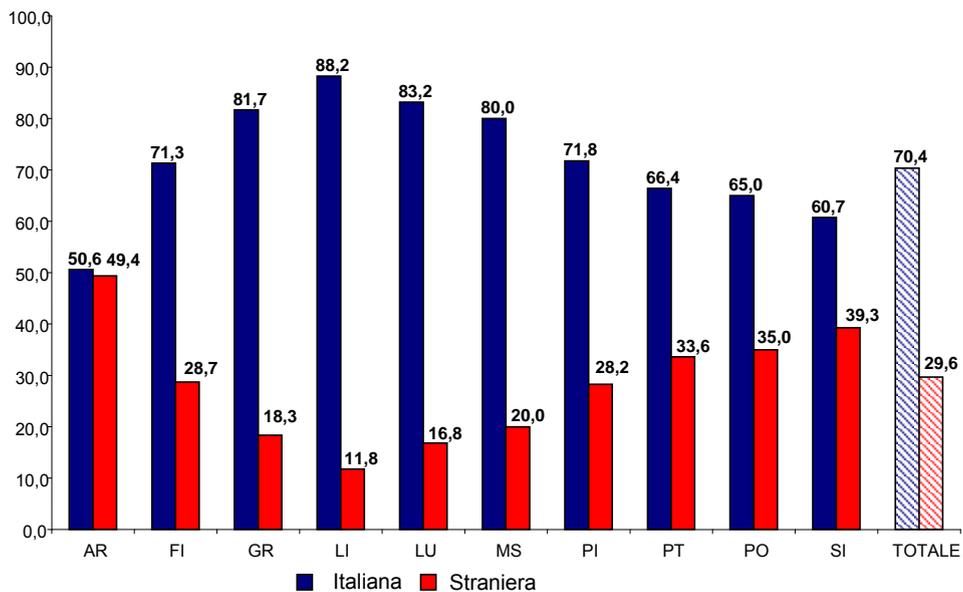
Numero di donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per periodo di riferimento e tipo di accesso - valori percentuali



Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*

**Figura 11.2**

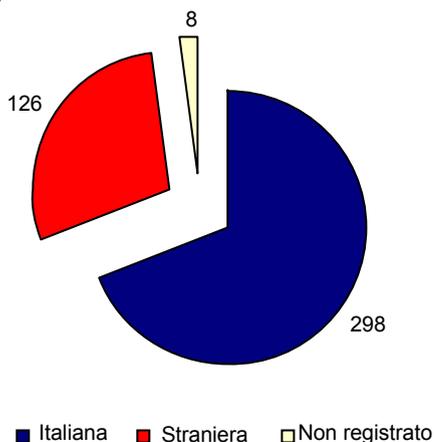
Segnalazioni ai Centri antiviolenza, per provincia di riferimento e nazionalità. Anno 2008- valori percentuali



Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*

**Figura 11.3**

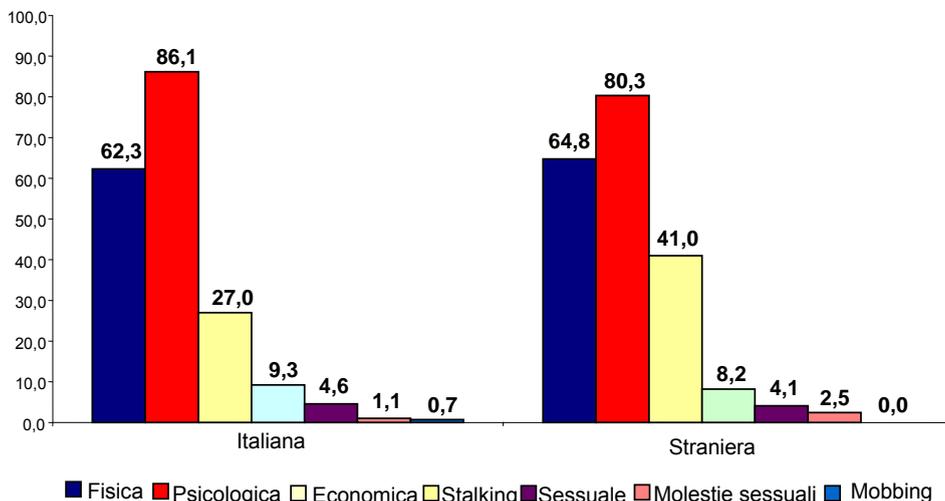
Numero delle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per nazionalità. Terzo trimestre 2009 – valori assoluti



Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*

**Figura 11.4**

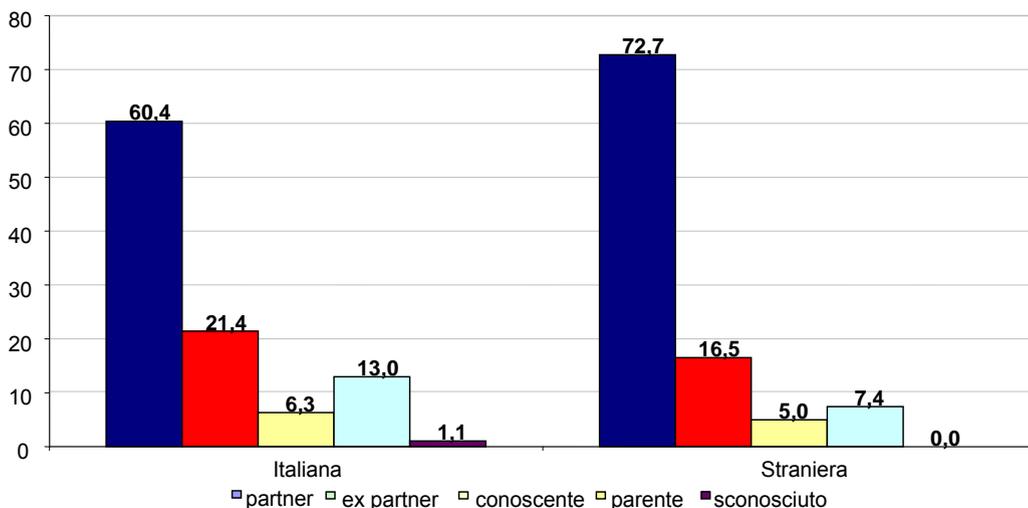
Tipologie di violenza segnalata dalle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per nazionalità. Terzo trimestre 2009 - valori percentuali



Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*

**Figura 11.5**

Caratteristiche dell'aggressore segnalato dalle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza per nazionalità. Terzo trimestre 2009 - valori percentuali



Fonte: Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale, *Primo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, 2009*



## **Sezione V**

*Verso l'Anno Europeo della lotta alla povertà  
e all'esclusione sociale*



## Capitolo 12 – Programmazione regionale e contrasto all'esclusione sociale

Come è noto, l'Unione Europea ha deciso di intitolare l'anno 2010 alla lotta alla povertà e all'esclusione sociale al fine di richiamare l'attenzione sulle principali problematiche in materia e rinnovare l'impegno verso politiche inclusive orientate alla solidarietà e alla giustizia sociale. Cogliendo questa occasione, abbiamo ritenuto importante dedicare una sezione apposita della relazione ad una riflessione specifica intorno a queste tematiche che, ovviamente, si intrecciano con gli aspetti trattati all'interno della relazione stessa, anche in termini di policy, essendo il rischio di povertà trasversalmente implicato in tutte le politiche sociali.

L'azione di contrasto alla povertà è, anzi, una politica specifica nell'ambito delle politiche sociali e consiste "nell'insieme delle azioni poste in essere e degli strumenti impiegati dai poteri pubblici al fine della neutralizzazione di un rischio specifico, il rischio di povertà"<sup>50</sup>.

E' questo, d'altronde, un percorso che parte da lontano, essendo la Regione Toscana da sempre molto attenta alle questioni del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, pur rimanendo tra le regioni con una minore presenza di disagio sociale rispetto al resto del Paese<sup>51</sup>.

Un impegno, quello della Regione, che si esercita su più livelli. Accanto alle specifiche azioni messe in campo sul proprio territorio, infatti, la Regione partecipa attivamente, all'interno della Conferenza Stato-Regioni, anche alla redazione del Piano di azione nazionale sull'inclusione sociale. A livello comunitario è stato ormai attivato un processo per la predisposizione dei rapporti nazionali sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale che rende più omogenei tali documenti, definisce obiettivi comuni ai settori, prevede documenti congiunti su protezione e inclusione sociale. Il contributo delle Regioni è rivolto a coordinare i rapporti e i piani locali con la struttura dei piani d'azione nazionali di inclusione, a offrire un plusvalore significativo in materia di indicatori regionali e locali comuni, di buone prassi, di valutazione e di assicurazione della qualità delle politiche di inclusione sociale. Tra le strategie generali sull'inclusione sociale vi è stata la necessità di costruire un nuovo modello di governo del sistema dei servizi finalizzato a promuovere azioni di coesione, sviluppo e valorizzazione di competenze e responsabilità della comunità locale. L'orientamento del Piano è quello di sostenere un radicamento dei servizi nella comunità di riferimento e una parallela capacità di accoglienza di tutte le forme di disagio mediante una riorganizzazione del sistema volta a privilegiare misure e interventi in grado di stimolare e sostenere l'autonomia e le capacità individuali.

Ma procediamo con ordine. Prima di tutto presentando quella che può essere definita l'evoluzione teorica del concetto di povertà e la sua progressiva sostituzione con quello di esclusione sociale; in secondo luogo, vedendo quanto

---

<sup>50</sup> Rossi E., Masala P., *Lotta alla povertà: le politiche pubbliche per la tutela dei diritti della persona*, cit. p. 27, in W. Rinaldi, (a cura di), *Giustizia e povertà. Universalismo dei diritti, formazione delle capacità*, Bologna, Il Mulino, 2008.

<sup>51</sup> Su questi aspetti una importante giornata di riflessione è stata quella relativa al convegno promosso ed organizzato dalla Fondazione Cesifin, poi pubblicato in: Alacevich F., Livi Bacci M., Petretto A., (a cura di), *Povertà ed esclusione sociale in Toscana: le risposte del sistema*, Torino, Giappichelli, 2008.

pesa il fenomeno nella regione attraverso alcuni indicatori di misurazione; infine, evidenziando le principali linee di intervento e di programmazione della Regione per il suo contrasto.

## 12.1 Dalla povertà all'esclusione sociale

La crescita delle disuguaglianze sociali nell'epoca globale ha raggiunto dimensioni e caratteristiche difficilmente comparabili con le esperienze del passato<sup>52</sup>.

Il tema della povertà, da sempre al centro della più palese e deprecabile differenza tra nord e sud del mondo e da sempre relegato (spesso a fatica) ai margini nelle società industriali moderne<sup>53</sup>, si è progressivamente universalizzato o, meglio, si è reso visibile anche laddove prima non lo era, nel momento in cui fenomeni epocali hanno rimesso in discussione tutto, da un punto di vista spaziale (i confini nazionali, la mobilità delle persone, la possibilità di comunicare senza spostarsi fisicamente..etc), culturale e comunicativo.

La maggiore visibilità del fenomeno povertà non ha significato necessariamente una presa di coscienza collettiva del problema; al contrario, questo processo ha generato due esiti diversi: una generalizzata *invisibilità conoscitiva* per quanto concerne il dramma vissuto dai continenti poveri del mondo (denutrizione, mancanza di acqua, diffusione dell'Aids, formazione di grandi *slums* ai margini delle metropoli..etc), quale reazione di massa alla visione di "scarti umani"<sup>54</sup>, e una *visibilità forzata*, fino a poco tempo fa impossibile, per quanto concerne i paesi europei, non fosse altro per i consistenti flussi migratori dal terzo mondo che li hanno investiti trasformandoli in città globali<sup>55</sup>.

Nel materializzarsi nelle società occidentali moderne, il tema della povertà ha manifestato comunque tutta la sua complessità, distinguendosi dalla unidimensionalità nella quale era stato spesso rinchiuso in passato attraverso l'utilizzo meccanico della equivalenza teorico-concettuale povertà uguale condizione di privazione economica, mancanza di risorse materiali.

A partire da questo passaggio epocale, si è poi via via incominciato a discutere tra gli addetti ai lavori intorno ad una nuova definizione del fenomeno, alla tenuta teorica di un concetto che si era rivelato troppo spesso legato al solo significato monetario, intorno alle connotazioni valoriali che semanticamente implicava e che spesso gli erano attribuite da molti studiosi<sup>56</sup>.

Nel frattempo, soprattutto sul versante sociologico, si è incominciato a preferire al concetto di povertà o, meglio, ad utilizzare (spesso anche erroneamente, come

---

<sup>52</sup> Beck U., *Che cos'è la globalizzazione? Rischi e prospettive della società planetaria*, Roma, Carocci, 1999; Gallino L., *Globalizzazione e disuguaglianze*, Bari-Roma, Laterza, 2000.

<sup>53</sup> Da un punto di vista storico, il persistere di grandi quote di popolazioni in stato di povertà e di indigenza rimane uno dei grandi sensi di colpa collettivi (al quale si è cercato di rispondere attraverso un forte processo di rimozione) della società industriale moderna e, soprattutto, della società dei consumi (Appadurai A., *Modernità in polvere*, Roma, Melthemi, 2001).

<sup>54</sup> Bauman Z., *Vite di scarto*, Bari-Roma, Laterza, 2005.

<sup>55</sup> Sassen S., *Una sociologia della globalizzazione*, Torino, Einaudi, 2008.

<sup>56</sup> Per una ricostruzione dei vari significati attribuiti al concetto di povertà dagli studiosi cfr. Chiappero E., "Dalla povertà alla esclusione sociale: l'evoluzione di un concetto e le implicazioni sul fronte delle strategie", in Rinaldi W., (a cura di), *Giustizia e povertà. Universalismo dei diritti, formazione delle capacità*, Bologna, Il Mulino, 2008.

sinonimo) il concetto di esclusione sociale, considerandolo più adeguato a rappresentare le trasformazioni sociali dalle quali, si sosteneva, anche il vecchio concetto di povertà era stato travolto.

Negli anni Novanta dello scorso secolo, a partire da alcuni documenti prodotti dalla Comunità Europea, il concetto di esclusione sociale si è progressivamente imposto nel dibattito pubblico fino a sostituire, anche formalmente, il concetto di povertà<sup>57</sup>. Nonostante presenti una difficile definizione, con questo termine si è solitamente voluta intendere una dimensione di difficoltà sociale più ampia rispetto a quella dovuta al reddito, una dimensione che interessa anche la sfera lavorativa e una eventuale posizione di marginalità nel mercato del lavoro, la sfera abitativa, quella relativa alla salute e al benessere personale<sup>58</sup> e quella relazionale, foriera, si è sostenuto, di traiettorie più o meno virtuose nei confronti del rischio di esclusione sociale<sup>59</sup>. Il fenomeno dell'esclusione sociale non si associa pertanto più alla sola povertà di lungo periodo o alla povertà estrema, ma anche ad una povertà breve, instabile, occasionale, che riguarda un'esperienza di vita che ha subito fratture o discontinuità. Lo stesso concetto di *vulnerabilità sociale* riguarda forme di povertà legate, non tanto all'emarginazione tradizionalmente intesa, quanto piuttosto al grado di probabilità di cambiamento - in negativo - della propria collocazione sociale e condizione di vita<sup>60</sup>.

In questo quadro, il rischio del concetto di esclusione sociale sembra essere pertanto quello di allargare troppo il proprio orizzonte definitorio e di comprendere quindi, al proprio interno, "una eccessiva gamma di problemi economici e sociali"<sup>61</sup>. Alla base di questo rischio vi è una sorta di corto circuito concettuale. *Esclusione* rimanda, semanticamente, ad una dimensione privativa (un individuo è in difficoltà perché escluso da alcuni ambiti sociali) ma, allo stesso tempo, è essa stessa causa di povertà, in quanto elemento generatore di altre possibili forme di privazione. Ciononostante, continua a rimanere sempre un concetto "plastico e versatile"<sup>62</sup> significativamente più adatto alle trasformazioni proprie della società globale contemporanea.

A cominciare dalla centralità della persona, di colui che è più svantaggiato. A maggior ragione in una società globale, dove il rischio sembra essere soprattutto l'assenza di quella particolare forma di *rispetto* che ha attraversato per tutto il secolo passato le politiche del welfare<sup>63</sup>.

---

<sup>57</sup> Chiappero E., *op.cit.*

<sup>58</sup> Nella maggior parte dei paesi industrializzati le disuguaglianze nella salute non si sono ridotte nonostante l'accresciuto benessere e il miglioramento nella longevità. Le differenze nei tassi di mortalità si traducono nella differenza nella speranza di vita alla nascita tra classi più ricche e più povere. Le ineguaglianze nella salute sono il risultato di differenti accumulazioni di esposizioni negative e di esperienze, combinate con una mancanza di risorse economiche individuali, associate a un sistematico scarso investimento in una serie di infrastrutture umane, fisiche, sanitarie e sociali; cfr. Brandolini A., Saraceno C., Schizzerotto A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia. Povertà, salute e abitazione*, Bologna, Il Mulino, 2009.

<sup>59</sup> Fitoussi J.P., Rosanvallon P., *Le nouvelles formes de l'inégalité*, Edition de Suil, Paris, 1996; Ranci C., *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Bologna, il Mulino, 2002; Brandolini A., Saraceno C., Schizzerotto A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia. Povertà, salute e abitazione*, Bologna, Il Mulino, 2009.

<sup>60</sup> Per una definizione e un approfondimento del tema della vulnerabilità si rimanda a: Ranci, *op.cit.*,

<sup>61</sup> Chiappero E., *op.cit.*, p. 73.

<sup>62</sup> Sen A., cit. in Chiappero, *op.cit.*, p. 74.

<sup>63</sup> Sennett R., *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, Bologna, Il Mulino, 2004

## 12.2 La Toscana nel quadro nazionale

In Italia, nel 2008, le famiglie che si trovano in condizioni di povertà relativa rappresentano l'11,3% delle famiglie residenti; nel complesso gli individui poveri sono il 13,6% dell'intera popolazione.

Il fenomeno continua ad essere maggiormente diffuso nel Mezzogiorno (23,8%), dove l'incidenza di povertà relativa è anche quattro volte superiore a quella osservata nel resto del Paese, 4,9% nel Nord e 6,7% nel Centro. In questo quadro la Toscana (Figura 12.1) non si può definire certo una regione povera: nel 2008 risultano infatti povere il 5,3% delle famiglie.

**Figura 12.1**

*Incidenza delle famiglie povere, 2008*



Fonte Istat, *La Povertà in Italia*<sup>64</sup>

La stima dell'incidenza della povertà relativa viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale, detta linea di povertà, rappresentata dalla spesa media mensile per persona, che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti nel 2008 è risultata pari a 999,67 euro. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando una opportuna scala

<sup>64</sup> [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20090730\\_00/testointegrale20090730.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20090730_00/testointegrale20090730.pdf)

di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

Misurare la povertà attraverso i consumi delle famiglie ha, però, degli svantaggi perché essi riflettono la struttura delle preferenze individuali e le scelte fra consumo e risparmio dei soggetti, per cui un anziano potrebbe risultare povero solo perché caratterizzato da una elevata propensione al risparmio. Inoltre, il concetto di povertà relativa fa riferimento ad uno standard di vita medio. In altri termini sono in questo caso considerati poveri tutti gli individui o le famiglie che non accedono ai livelli di consumo tipici della maggioranza dei cittadini. La povertà è qui misurata rispetto ad un insieme di bisogni direttamente collegati agli stili di vita prevalenti nell'ambiente sociale, culturale, economico della comunità di riferimento: paradossalmente se il tenore di vita peggiora per tutti la povertà risulterebbe invariata e addirittura potrebbe ridursi se le contrazioni di reddito fossero relativamente maggiori per le famiglie più ricche.

Allora sarebbe più interessante analizzare la povertà assoluta che riflette invece una situazione di indigenza effettiva. Le soglie di povertà sono, infatti, definite calcolando la spesa necessaria per acquistare un paniere di beni indispensabili composto da una componente alimentare, una componente abitazione, una componente relativa alle quote di ammortamento dei principali beni durevoli (televisore, frigo, ecc.) ed, infine, una componente relativa ad alcune voci di spesa residuale legate al consumo di vestiario, calzature, trasporti, attività ricreative e poco altro.

In base alla nuova metodologia di stima, definita da una commissione di studio dell'Istat<sup>65</sup>, le soglie di povertà assoluta non vengono definite solo rispetto all'ampiezza familiare (così come viene fatto per la povertà relativa), ma sono calcolate per ogni singolo tipo di famiglia, in relazione alla zona di residenza, all'ampiezza del comune di residenza, al numero e all'età dei componenti. Le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia vengono classificate come assolutamente povere.

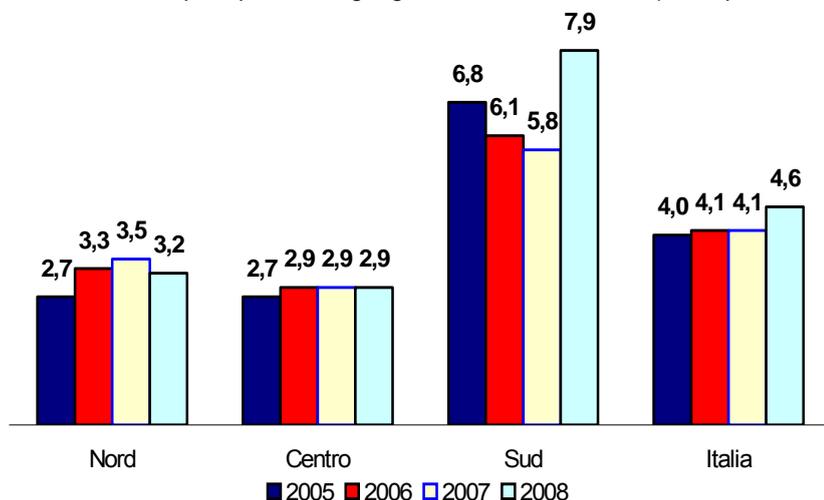
Nel 2008 (Figura 12.2) in Italia 1 milione e 126mila famiglie risultano in condizione di povertà assoluta per un totale di 2 milioni e 893mila individui, il 4,6% dell'intera popolazione.

---

<sup>65</sup> Sono stati membri della Commissione Andrea Brandolini (subentrato in sostituzione di Massimo Livi Bacci nella funzione di presidente), Gian Carlo Blangiardo, Vittoria Buratta, Luigi Campiglio, Amleto D'Amicis, Carlo Declich, Stefano Falorsi, Cristina Freguja, Donatella Grassi, Achille Lemmi, Roberto Monducci, Nicoletta Pannuzi, Giancarlo Rovati, Linda Laura Sabbadini, Chiara Saraceno, Stefano Toso, Ugo Trivellato, Francesco Zannella. Per ulteriori approfondimenti sul metodo e la stima della povertà assoluta si faccia riferimento alla pubblicazione *La stima della povertà assoluta*, Metodi e Nome, n. 39, Istat, 2009.

**Figura 12.2**

*Povert  assoluta per ripartizione geografica. Anni 2005-2008 (valori percentuali)*



Fonte Istat, *La Povert  in Italia*

Come si pu  notare dalla Figura 12.2, il 2008   stato un anno in controtendenza. Dal 2005, eccetto che per il Centro dove il valore della povert  assoluta risultava pressoch  invariato, si stava assistendo ad un peggioramento delle condizioni per le famiglie settentrionali compensato dal miglioramento per quelle meridionali, tanto che a livello nazionale l'indice rimaneva stabile; lo scorso anno per  il valore per il Sud   salito quasi all'8%, con un incremento cos  significativo da far aumentare anche il dato medio italiano, nonostante l'invarianza della povert  al Centro e la diminuzione registrata al Nord.

Dalle nostre stime relative all'anno 2007 (Tabella 12.1) per la Toscana risultano sotto la soglia di povert  assoluta circa 35.500 famiglie, il 2,3% delle famiglie residenti. Tale valore   uno dei pi  bassi nel panorama nazionale: soltanto Veneto e Marche mostrano valori inferiori.

**Tabella 12.1**

*La povert  assoluta nelle regioni*

	<b>Incidenza</b>
Piemonte	3,9%
Lombardia	3,1%
Trentino A.A.	3,2%
Veneto	2,2%
Friuli	4,2%
Liguria	6,2%
Emilia Romagna	3,7%
Toscana	2,3%
Umbria	2,8%
Marche	2,2%

Lazio	3,4%
Abruzzo	3,3%
Molise	4,8%
Campania	5,1%
Puglia	5,2%
Basilicata	8,1%
Calabria	5,9%
Sicilia	7,4%
Sardegna	5,5%
<b>Italia</b>	<b>4,1%</b>

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Istat, *Indagine sui consumi delle famiglie italiane 2007*

Volendo esaminare le caratteristiche sociali e demografiche delle famiglie in povertà assoluta, possiamo affermare quanto segue (Tabella 12.2): con riferimento alla dimensione familiare sono maggiormente esposti al rischio indigenza i nuclei monoparentali e quelli molto numerosi; rispetto alle tipologie familiari, i single in età 35-64 e le famiglie con almeno tre figli; con riferimento all'età, i più anziani e i più giovani.

**Tabella 12.2**

*Profili della povertà assoluta*

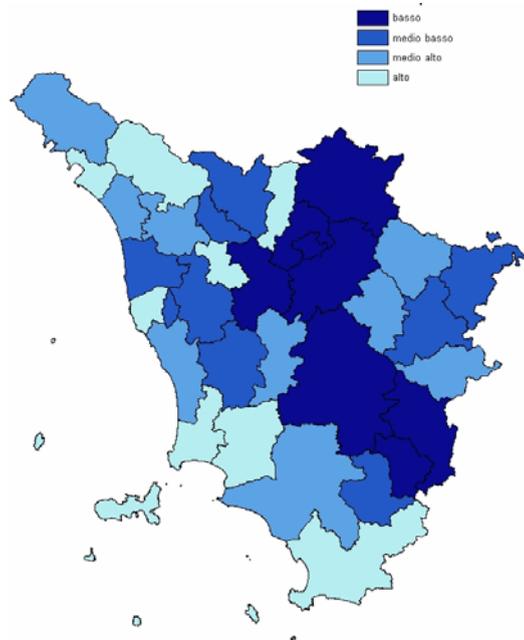
<b>Tipologia familiare</b>	<b>Incidenza</b>
single 35-64	5,3%
single 65+	3,8%
coppia senza figli pr 35-64	1,1%
coppia senza figli pr65+	2,7%
coppia con 1 figlio	0,7%
coppia 2 figli	0,8%
coppia 3 + figli	4,8%
Monogenitore	2,5%
Altro	3,0%
<b>Numero componenti</b>	
1	4,0%
2	2,3%
3	1,0%
4	0,7%
5 o più	4,5%
<b>Classe età p.r.</b>	
18-34	2,3%
35-64	1,9%
65+	3,0%
<b>Toscana</b>	<b>2,3%</b>

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Istat, *Indagine sui consumi delle famiglie italiane 2007*

Infine, la distribuzione territoriale della povertà assoluta riflette quella del reddito e più in generale dello sviluppo economico locale (Figure 12.3 e 12.4).

**Figura 12.3**

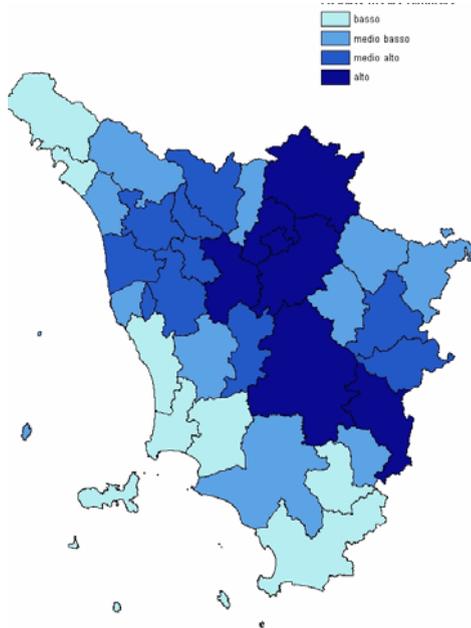
*Incidenza percentuale povertà assoluta anno 2007*



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Istat, *Indagine sui consumi delle famiglie italiane 2007*

**Figura 12.4**

*Reddito familiare per zona sociosanitaria anno 2007*



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Istat, *Indagine sui consumi delle famiglie italiane 2007*

## 12.3 La strategia regionale

Le politiche attivate a livello nazionale negli ultimi anni dal Governo di centro-destra - dalle politiche del lavoro a quelle sulla casa, dalla incentivazione delle forme di profitto derivanti dal lavoro autonomo alla riduzione del potere di acquisto dei lavoratori dipendenti e dei pensionati, in particolare di quelli a basso reddito - hanno determinato cambiamenti tali da incidere pesantemente sul rapporto fra povertà ed esclusione/inclusione sociale.

Così come ci dicono le elaborazioni Irpet dei risultati delle indagini sulle condizioni delle famiglie in Toscana<sup>66</sup> e sulla quantità di reddito di cui dispongono (indagini sui bilanci familiari della Banca d'Italia e dati Istat sul reddito), diversi settori della popolazione presentano tipi di povertà diversamente caratterizzati. Oggi si parla della povertà dei nuclei familiari monoreddito e dei nuclei monogenitoriali, della povertà degli anziani, della povertà dei giovani (tendenzialmente in crescita rispetto a quella degli adulti e degli anziani), della povertà delle donne e della povertà dei bambini e si valuta il grado complessivo di povertà, intesa in senso

<sup>66</sup> Irpet, (a cura di Sciclone, N.), *Povertà e disuguaglianza in Toscana*, Firenze, 2005

multidimensionale, attraverso la correlazione fra i dati relativi a più aspetti di deprivazione presenti nella vita quotidiana: condizioni economiche, possesso di beni durevoli, condizioni abitative, lavoro, ma anche salute, istruzione, relazioni sociali.

In questo quadro, il problema principale da risolvere è quello di individuare una strategia adatta a contrastare e ridurre il bisogno in maniera compatibile con le risorse disponibili o comunque sostenibili.

La scelta della Regione così come si configura negli ultimi documenti di programmazione – fermo restando le principali caratteristiche del *welfare* regionale – è stata quella di adottare una strategia unitaria fatta di più linee di intervento. La questione è semplice e allo stesso tempo impegnativa: l'unitarietà non viene ricercata in una misura tale da essere valida per le diverse deprivazioni e bisogni ma viene spostata sul percorso assistenziale (PAP), personalizzando gli interventi che compongono ogni percorso. L'unitarietà diventa inoltre, e ciò non è meno importante, il principio organizzativo degli interventi, attraverso il «punto unico di accesso» (PUA), in cui il soggetto viene valutato e preso in carico per l'attuazione del percorso assistenziale personalizzato derivante dall'attività di valutazione. In pratica un percorso assistenziale può comporsi di interventi e servizi diversi e associati fra loro (ad esempio sostegno economico finalizzato e frequenza del centro diurno...).

Un sistema siffatto può risultare assai complesso sia sul piano dell'organizzazione delle prestazioni sia per le risorse necessarie. La Regione sosterrà il territorio nella sua graduale realizzazione a partire dagli interventi per la non autosufficienza (progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente).

Il modello, già delineato nella legge regionale n. 41 del 2005, «sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza» si basa sulla personalizzazione del percorso assistenziale, la cui formulazione tiene conto da un lato dei bisogni delle persone, dall'altro del budget disponibile, dando priorità ai soggetti in condizione di povertà o con reddito limitato o in situazione economica disagiata, ai soggetti con incapacità fisica e psichica, a chi ha difficoltà di inserimento nella vita sociale e nel mercato del lavoro e a chi è sottoposto a provvedimenti giudiziari che rendano necessaria l'assistenza (art. 7).

Il sistema operativo è rappresentato dal PUA, in cui sono concentrate le funzioni di valutazione, formulazione del percorso assistenziale e presa in carico. Fra il servizio sociale ed il soggetto viene ad instaurarsi un accordo, in cui si stabilisce cosa il soggetto riceve, a quali condizioni e, nel caso in cui possa compartecipare alla spesa, quale parte del costo del servizio fornito è a suo carico.

Un tale modello può essere funzionale a qualsiasi tipo di intervento, purché si rispetti il principio dell'appropriatezza al bisogno. Certo è che la risposta al bisogno è più spostata sui servizi che sui contributi economici. D'altra parte, è difficile anche pensare di intervenire sui redditi bassi e sulla mancanza di risorse economiche a livello regionale con gli strumenti attualmente disponibili. Solo una riforma di carattere nazionale che dia luogo ad una nuova e diversa impostazione dell'assistenza può rendere possibile una politica efficace di sostegno al reddito. Se ciò si verificherà, la Toscana potrà essere in condizione di valorizzare al meglio le risorse che verranno rese disponibili o rifinalizzate.

C'è comunque un tema che, parlando di povertà, non può essere ignorato, ed è quello della povertà in cui ogni giorno ci imbattiamo nelle nostre città: accattonaggio, degrado, sfruttamento più o meno visibile. Si tratta di una povertà

che rimane grigia, priva di connotazione dal punto di vista dei servizi: solo in alcuni casi entra nel sistema, più spesso ne rimane fuori. Spesso l'irregolarità, la vita di espedienti degli adulti coinvolge anche i minori e rende difficile poter agire su di loro che – così come avviene per tutti quei minorenni che risultano non accompagnati – hanno in ogni caso diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato, così come le donne in gravidanza e nei mesi successivi al parto (art. 5 l.r. 41/2005).

I centri d'ascolto della Caritas della Toscana, con i loro dossier, ci forniscono ogni anno preziose informazioni sulle persone che vi si rivolgono. Circa l'80% di queste è costituito dai stranieri immigrati. Spesso chi passa dai centri di ascolto ha fruito o fruisce delle diverse forme di aiuto che la Caritas rende disponibili. Quando è possibile, il passaggio per i centri Caritas costituisce una prima forma di inserimento sociale ed un avvio verso i servizi. Questo rende evidente l'importanza di poter disporre di una rete di protezione articolata e differenziata dove i diversi soggetti che vi operano, pubblici e privati, riescano a convergere. La presenza in Toscana di un associazionismo e di un volontariato forte e diffuso, oltre a rendere possibili risposte immediate e capillari, spesso facilita e favorisce l'incontro fra chi ha bisogno di aiuto ed il sistema dei servizi.

## **12.4 Due ambiti di approfondimento: il microcredito e gli interventi sul sistema carcerario**

### **Il microcredito**

Il progetto regionale "Microcredito - Costituzione di un Fondo Speciale rischi per la prestazione di garanzie alle famiglie in momentanea difficoltà economica" prevede lo stanziamento di risorse regionali per la costituzione di un fondo di garanzia che vada a coprire l'80% del prestito a favore di singoli beneficiari.

Nell'accordo con i soggetti finanziatori verrà fissato il cosiddetto moltiplicatore del fondo e il tasso d'interesse. I beneficiari possono essere tutti i cittadini maggiorenni dell'Unione Europea e di altri paesi, se in regola con i permessi di soggiorno, che si trovano in un periodo di difficoltà economica ma che non rientrano nella fasce di povertà assoluta e quindi hanno o sono in grado di attivare risorse per restituire il prestito.

I prestiti, dell'importo massimo di 4.000 euro, potranno essere utilizzati per spese necessarie a superare difficoltà economiche dovute a mutamenti nella condizione familiare, alloggiativa, scolastica, formativa, lavorativa e di salute. I cittadini si rivolgeranno ai centri di ascolto territoriali per istruire la pratica. Risorsa importante per l'attivazione di questo percorso saranno le associazioni di volontariato che hanno già attivato sui territori progetti simili ed hanno pertanto costituito centri di ascolto. Si prevede la stipula di un protocollo d'intesa con Anpas, Arci, Caritas, Fondazione Toscana per la Prevenzione dell'Usura ONLUS e Misericordie. Questi soggetti andranno infatti a comporre una cabina di regia regionale del progetto, della quale entreranno a far parte anche l'ANCI e l'UPI, e che avrà compiti di coordinamento e governo complessivo della rete dei centri di ascolto, del sistema regionale di microcredito e valuterà anche le domande di adesione da parte di ulteriori associazioni.

I centri di ascolto dovranno svolgere una funzione di inquadramento delle problematiche presentate dai cittadini, informarli delle risorse e dei servizi presenti sul territorio e, qualora si ritenga adeguato l'intervento, dovranno svolgere azioni di assistenza, accompagnamento e tutoraggio economico delle famiglie accolte. E' infatti questo il momento in cui si può costruire un patto etico con la famiglia che si impegna a restituire il prestito e ad utilizzare responsabilmente il denaro per spese necessarie e contingenti. E' per questo importante che i volontari che opereranno all'interno dei centri di ascolto siano capaci di instaurare con le famiglie rapporti basati sulla solidarietà, l'accoglienza, incentivando l'attivazione di percorsi per uscire dalla situazione precaria in cui si trovano.

I centri di ascolto potranno inoltre rivolgersi ai servizi sociali territoriali per acquisire ulteriori informazioni necessarie a costruire un piano di aiuto concreto alle necessità familiari. Dopo avere predisposto una relazione ed avere aiutato la famiglia a compilare la modulistica, i centri di ascolto inoltreranno la domanda al comitato provinciale del microprestito che la valuterà e, in caso di esito positivo, la trasmetterà al soggetto gestore per l'emissione della garanzia.

Il comitato provinciale sarà composto da soggetti qualificati indicati dalle associazioni e dagli stessi centri di ascolto.

Allo stato attuale il progetto ha visto la realizzazione di incontri con le associazioni di volontariato e con i soggetti finanziatori; è stata predisposta la modulistica e sono in corso gli atti necessari all'avvio dell'attività, previsto per i primi mesi del 2010.

### **Gli interventi sul sistema carcerario**

A fronte di un mutato quadro normativo e di competenze, la Regione si è trovata nell'ultimo periodo a rivedere le sue politiche e attività nell'ambito sociale in favore della popolazione detenuta. Tale azione è stata ulteriormente complicata dalla mutevole situazione della popolazione carceraria degli ultimi anni che ha visto le strutture svuotarsi improvvisamente e drasticamente per effetto dell'indulto del 2007, per poi tornare a riempirsi velocemente negli scorsi 2 anni, portando la popolazione attuale ad oltre 4.300 presenze, contro una capienza tollerabile inferiore ai 4.200 e regolamentare di soli 3.020, (dato al 30 Settembre 2009). A questo si aggiunge che lo svuotamento del 2007 ha interessato prevalentemente la popolazione detenuta a pena medio-breve ed in fine pena alla quale era rivolta la maggior parte dell'azione di reinserimento sociale, in quanto era l'unica raggiungibile da tali azioni vista l'attuale normativa penitenziaria, mentre il nuovo riempimento è dato in alta percentuale da persone a pena breve che escono velocemente, detenuti in attesa di giudizio e detenuti stranieri, ovvero una tipologia per cui resta difficile costruire un percorso di reinserimento dal carcere a causa della tipologia di pena e detenzione (problematiche normative dell'ordinamento penitenziario, della ristrettezza di tempi per costruire un percorso, non certezza della possibilità di un prosieguo nel dopo-pena).

In tale contesto in questi anni l'azione della Regione si è sviluppata su quattro linee principali. La prima si è esplicata nel favorire un maggiore coinvolgimento degli Enti locali sedi di istituti penitenziari, nonché un maggior coordinamento delle azioni da questi messe in campo. A tal scopo si è indetta una prima riunione ricognitiva con i referenti tecnici dei Comuni sedi di carcere nella quale è stato fatto il punto della situazione, della progettualità e delle azioni messe in campo dai vari Enti, Regione compresa, cercando di coordinarle e scambiare fra i vari soggetti le cosiddette

buone pratiche, nonché si sono recepiti dagli Enti territoriali i dati sulle varie situazioni locali e problematicità, anche relative ai rapporti con l'Amministrazione penitenziaria. Sempre nell'ambito del coordinamento e della ricognizione dell'attività territoriale, parte della ricerca dell'Osservatorio regionale sul carcere condotta dalla Fondazione Michelucci si è rivolta all'analisi della pena del territorio nell'ambito carcerario e ai risultati delle azioni messe in campo. Farà seguito nel futuro una strutturazione degli incontri con gli Enti locali, al fine di dare continuità a tale rapporto, migliorare la conoscenza delle azioni e problematicità presenti, favorire la diffusione condivisa dei dati e delle ricerche a disposizione.

La seconda linea di azione è stata rivolta ad un rilancio dell'ambito dell'attività regionale nell'integrazione sociale della popolazione carceraria (detenuta ed ex-detenua). A tal fine sono stati pubblicati due bandi per progetti rivolti all'inserimento sociale e lavorativo e alla diffusione delle conoscenze dei diritti dei detenuti, bando "COD.01" e "COD.01 2008". Le attività dei soggetti risultati vincitori si sono svolte a partire dall'anno 2009, ottenendo molteplici consensi sia da parte degli Enti Locali che del Terzo Settore, ma soprattutto ottimi risultati, anche di inserimento lavorativo. Tali risultati sono da ritenere particolarmente rilevanti in considerazione anche del periodo di crisi economica in cui si sono inseriti i progetti. I bandi sono stati indirizzati in modo da favorire nuove modalità di azione e di sperimentazione di buone prassi che possano considerarsi replicabili sul territorio regionale. In tale modalità si inserisce anche il bando "COD.02" che è stato rivolto alla sperimentazione di figure "ponte" fra l'Amministrazione penitenziaria e gli Enti locali; tali figure hanno lo scopo di prendere in carico la persona detenuta nel periodo del fine pena e di "accompagnarla" in un percorso che si sviluppi dai servizi penitenziari a quelli territoriali di competenza, compresi i servizi del lavoro. Tale sperimentazione, tuttora in atto, sta dando risultati estremamente positivi e permette di intercettare la fascia di popolazione che transita dagli istituti penitenziari e di indirizzarla verso gli uffici del territorio competenti al momento dell'uscita favorendone il reinserimento. A questi progetti, promossi direttamente dalla Regione, si associano quelli ai quali si è fornito un sostegno anche finanziario su richiesta del territorio. Sono stati sviluppati quindi progetti sulla mediazione penale minorile, il reinserimento socio-lavorativo di ragazzi e giovani-adulti, lo sviluppo di attività laboratoriali per minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

La terza linea di azione si è attuata nella prospettiva della messa a regime di attività avviate negli anni che risultano aver dato buoni risultati e sono in grado quindi di proseguire. In quest'ottica si colloca il potenziamento ed il coordinamento a livello unico regionale del Polo Universitario Penitenziario della Toscana, che offre la possibilità ai detenuti presenti negli istituti del territorio regionale di iscriversi e di seguire i corsi universitari anche in vista di migliorare le prospettive di inserimento sia sociale che lavorativo durante la pena ed alla fine di essa. Questa attività si è resa possibile grazie alla disponibilità delle tre Università toscane, di Firenze, Pisa e Siena, con le quali questa esperienza viene portata avanti dal 2000 e che vedrà a breve la sottoscrizione di un protocollo unico assieme all'Amministrazione penitenziaria redatto con un forte lavoro di condivisione.

La quarta linea di azione si è sviluppata nella direzione della messa a regime di una modalità di coordinamento interno alla Regione dei vari uffici interessati all'ambito carcerario. Questa azione è estremamente positiva in quanto permette ai vari uffici di scambiarsi informazioni ed idee, ma soprattutto di razionalizzare l'uso

delle risorse regionali e di prevedere azioni congiunte integrate e non sovrapposte. In vista del massimo sviluppo delle sinergie è prevista la prossima sottoscrizione di un nuovo protocollo unico regionale sulle politiche carcerarie che verrà firmato tra la Regione Toscana ed il Ministero della giustizia e che permetterà alle due amministrazioni una programmazione congiunta delle attività in favore della popolazione carceraria, nonché un'attività condivisa e con un positivo riflesso sulla globalità delle azioni svolte dell'intero sistema degli Enti locali nel settore in esame.