



Piano Integrato di Salute

Allegato 3

Sistema Integrato Disabili

Indice

1	Sistema Integrato Disabili	75
1.1	Le azioni	75
1.1.1	Il nuovo modello organizzativo	75
1.1.1.1	La cabina di regia	78
1.1.1.2	Gruppi di valutazione	78
1.1.1.3	Il Sistema informativo	79
1.1.1.4	La supervisione scientifica	80
1.1.2	La cura e il sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie: la rilettura dell'offerta	80
1.1.2.1	Sistema abitativo	81
1.1.2.2	Il sistema residenziale	81
1.1.2.3	Il sistema semiresidenziale	82
1.1.2.4	Il sostegno alla vita autonoma	82
1.1.2.5	Il supporto alle famiglie	83
1.1.2.6	Vacanze, tempo libero e sport	84
1.1.3	Lavoro e disabilità: per un percorso integrato con il mondo della scuola e con il sistema della formazione	84
1.1.4	Il sistema di pubblica tutela	85
1.2	Indicatori	86
1.3	Previsioni risorse parte sanitaria e parte sociale calcolate sulla base storica 2005	86

1 Sistema Integrato Disabili

Una stima delle persone con disabilità presenti sul territorio fiorentino può essere in prima battuta effettuata prendendo come riferimento l'archivio contenente le certificazioni di invalidità civile e quello relativo alle esenzioni dal pagamento dei ticket sanitari per invalidità (tabella 1).

Da tale analisi emerge un numero complessivo di 22.605 persone, di cui 6.268 di età inferiore a 65 anni (ovvero 2,3 persone ogni 100 cittadini residenti a Firenze appartenenti a tale classe di età).

Tabella 1 **Residenti a Firenze con un'invalidità superiore al 66,6% e/o con esenzione dal pagamento dei ticket sanitari - Anno 2003**

Classe di età	Popolazione	Persone disabili	%
0 - 35	119.133	1.217	1,0
35 - 64	158.086	5.051	3,2
65 - 74	45.532	4.177	9,2
75 - 84	35.963	6.801	18,9
> 85	11.839	5.359	45,3
Totale	370.553	22.605	6,1

< 65	277.219	6.268	2,3
> 65	93.334	16.337	17,5

La strategia del progetto

L'azione della Società della Salute di Firenze nel settore della disabilità si pone in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 per "impostare un progetto di intervento che possa migliorare lo stile di vita della persona con disabilità". Attraverso l'integrazione delle risorse sociali e sanitarie sia pubbliche che del privato sociale, si intende rafforzare i livelli di governo e di coordinamento territoriale, allo scopo di affermare la dimensione unitaria della strategia di intervento.

Linee strategiche del progetto si possono quindi riassumere nelle seguenti:

- **Ri-definizione del modello organizzativo**
- **Qualificazione, diversificazione e specializzazione dell'offerta delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alle persone disabili e alle loro famiglie**
- **Definizione di un percorso integrato con il mondo della scuola e con il sistema della formazione che funzioni da interfaccia omogenea con il mondo del lavoro e garantisca adeguata consulenza professionale ai servizi della Provincia.**
- **Definizione della più ampia rete di servizi e interventi relativi alla Pubblica Tutela**

1.1 Le azioni

1.1.1 Il nuovo modello organizzativo

Motivazione dell'azione

L'azione nasce in relazione alle seguenti criticità riscontrate nel modello attuale:

- a) esistenza di modalità operative separate fra le istituzioni sociali e sanitarie pubbliche e tra queste e il settore privato. Per il settore pubblico tali problemi si verificano anche fra il centro e la periferia e a livello territoriale. Tali difficoltà comportano:
 - frammentazione delle prestazioni;
 - scarsa corresponsabilizzazione sul progetto;
 - difficoltà di verifica.
- b) scarsa flessibilità del sistema;
- c) necessità di maggiore continuità assistenziale, principalmente in due fasi temporali del processo: nel momento di passaggio dall'età minore a quella adulta e quando la persona disabile diventa anziana;
- d) necessità di maggiore appropriatezza e tempestività delle risposte rispetto ai bisogni manifestati;
- e) necessità di maggiore collaborazione tra ospedale e territorio, quando si rende necessario il passaggio di informazioni per la formulazione di un progetto individuale che, partendo appunto dai bisogni individuati in sede ospedaliera, deve poi concretizzarsi prima come intervento di risposta immediata e, successivamente, come progetto relativo alla disabilità residua della persona;
- f) insufficiente coordinamento per l'individuazione di indirizzi e di protocolli operativi;
- g) necessità di maggiore definizione di aree di specializzazione (soprattutto nell'area minori) che determina in alcuni settori anche un fenomeno di migrazione sanitaria con conseguente interruzione della presa in carico e del trattamento riabilitativo.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

La Società della Salute garantisce:

- una programmazione unitaria e condivisa che si orienta alla verifica dell'offerta, che si incrocia con i bisogni rilevati e consente una valutazione di esito degli interventi;
- un ruolo di governo congiunto del Comune e della Azienda Sanitaria per gli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari;
- una gestione comune delle risorse che unisce i punti di forza presenti nei due enti per
- il raggiungimento di maggiore appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione dell'uso delle risorse stesse.

Alla luce di tali nuove condizioni con il nuovo modello organizzativo si intende procedere:

- allo sviluppo di nuove forme di coordinamento e di impiego sinergico delle risorse pubbliche e private già operanti nel settore;
- a un'integrazione completa (tra sociale e sanitario e tra pubblico e privato) finalizzata in primo luogo a garantire:
 - una pianificazione congiunta;
 - l'organicità della prestazione;
 - una progettualità condivisa e integrata;
 - la possibilità di verifiche congiunte;
- alla verifica circa la possibilità di individuare specifiche aree specialistiche di intervento con un percorso che si svilupperà a partire dall'area dei minori e compatibilmente con le risorse presenti sul territorio;
- alla definizione di un più appropriato percorso assistenziale e al rafforzamento dei rapporti tra territorio e ospedale (con particolare riferimento sia ai reparti di neonatologia e pediatria in generale, che all'Azienda Meyer)

Ai fini della realizzazione di tali principi si provvederà a:

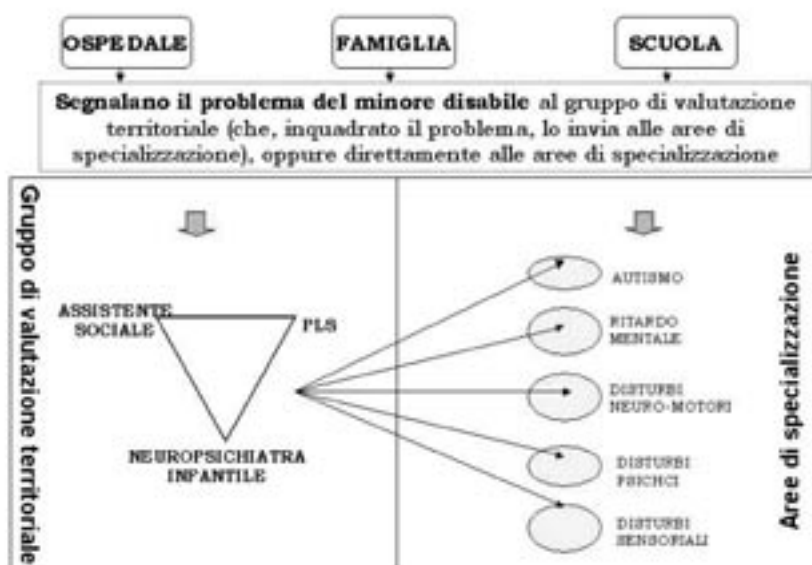
- a) costituire una cabina di regia cittadina nella quale troveranno rappresentanza tutti gli attori pubblici e privati attivi sul territorio (§ 1.1.1.1 La cabina di regia);
- b) definire gruppi di valutazione integrati e multiprofessionali che potranno rendersi operativi sia a livello territoriale che per aree specialistiche di intervento con l'obiettivo primario di

garantire la continuità assistenziale e il rafforzamento dei rapporti tra ospedale e territorio (§ 1.1.1.2 Gruppi di valutazione);

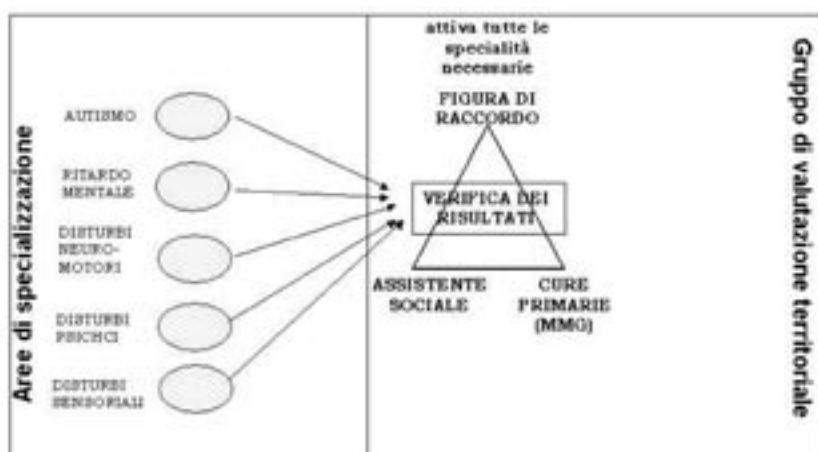
- c) strutturare un sistema informativo centrato sulla persona e sul progetto individuale che connetta i vari punti del sistema e i diversi soggetti interessati (§ 1.1.1.3 Il sistema informativo);
- d) creare sinergie di consulenza e scambio tra operatori, Università, Istituti di ricerca, ecc. (§ 1.1.1.4 La supervisione scientifica).

Le fasi

- 1) verifica della possibilità di individuare specifiche aree specialistiche di intervento;
- 2) costituzione della cabina di regia;
- 3) costituzione dei gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o di area specialistica;
- 4) costituzione del gruppo di supervisione scientifica;
- 5) realizzazione del sistema informativo.



Continuità della presa in carico nel momento in cui il minore diventa maggiorenne



1.1.1.1 La cabina di regia

Motivazione dell'azione

L'azione nasce in relazione alle seguenti necessità:

- migliore coordinamento fra i partner pubblici e fra questi e i privati;
- maggiore garanzia di continuità assistenziale e di omogeneità delle prestazioni anche nell'ambito del rapporto tra ospedale e territorio;
- gestione integrata delle risorse;
- impiego di una rete informatica condivisa con un archivio delle risorse e degli utenti;
- verifica del funzionamento del sistema.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Con la costituzione della cabina di regia si intende svolgere, anche attraverso un continuo interscambio con il gruppo di supervisione scientifica, le seguenti funzioni:

- supporto alla programmazione di settore;
- monitoraggio e gestione delle risorse umane ed economiche;
- indirizzo e sviluppo di singoli protocolli operativi per una maggiore omogeneità e appropriatezza delle prestazioni;
- coordinamento e promozione degli interventi presso altri partner (scuola, sport, ambiente, ecc.) e loro integrazione con il piano della formazione;
- stipula delle convenzioni e gestione dei rapporti amministrativo-contabili;
- coordinamento dei gruppi di valutazione integrati operanti a livello di territoriale o di area specialistica.

Le fasi

Individuazione dei soggetti istituzionali e professionali pubblici e privati che comporranno la cabina di regia;

selezione delle figure che si occuperanno del coordinamento con i gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o di area specialistica;

formazione del gruppo di lavoro incaricato della stesura dei protocolli e delle procedure operative;

definizione delle metodiche necessarie al monitoraggio delle risorse;

individuazione della metodologia per la gestione omogenea della rete informatica e del relativo archivio degli utenti e delle risorse;

piano delle relazioni con il sistema formativo e delle supervisione scientifica;

costituzione e avvio dell'operatività della cabina di regia.

1.1.1.2 Gruppi di valutazione

Motivazione dell'azione

L'azione nasce in relazione alle seguenti necessità:

- a) conferma di un approccio multidisciplinare alle problematiche della disabilità;
- b) affermazione di una presa in carico globale e di una responsabilità condivisa;
- c) maggiore garanzia di continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra l'età minore e quella adulta e tra questa e l'età anziana.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Con l'azione si intende procedere alla costituzione di gruppi di valutazione a partire dall'individuazione di un nucleo operativo di base costituito per i minori dal PLS, dall'Assistente Sociale e da un Neuropsichiatra Infantile e per gli adulti dal MMG (o da una figura delle Cure Primarie), dall'Assistente Sociale e da una figura di riferimento individuata sulla base degli indirizzi della cabina di regia. I gruppi opereranno a livello territoriale o di area specialistica e saranno integrati da professionalità identificate in relazione ai bisogni espressi. Essi garantiranno:

- a) una migliore integrazione operativa tra pubblico e privato;
- b) una maggiore omogeneità della presa in carico e delle prestazioni erogate;
- c) la definizione delle responsabilità attraverso l'individuazione di un case manager (che, scelto secondo la prevalenza dei bisogni espressi, assume la responsabilità dell'attuazione del progetto) e di un care manager (che segue e coordina l'andamento dell'intervento);
- d) la valorizzazione del ruolo del PLS e del MMG;
- e) la garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso l'applicazione di protocolli e procedure condivise e omogenee;
- f) il monitoraggio e la verifica dei risultati ottenuti con il progetto;
- g) un'azione di interfaccia continua con la cabina di regia.

Le fasi

- 1) individuazione del nucleo operativo di base dei gruppi di valutazione e definizione delle professionalità da attivare in relazione ai bisogni espressi;
- 2) definizione dell'articolazione territoriale e delle aree specialistiche nell'ambito delle quali opereranno i gruppi di valutazione;
- 3) coinvolgimento dei PLS e dei MMG;
- 4) costituzione e avvio dell'operatività dei gruppi di valutazione.

1.1.1.3 Il Sistema informativo

Motivazione dell'azione

L'azione nasce dalla necessità di disporre di uno strumento che consenta di coordinare l'azione degli attori del settore coinvolti nel nuovo modello organizzativo, facilitando sia l'attività di programmazione delle risorse umane e finanziarie disponibili che quella di gestione operativa degli interventi.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Strutturare un sistema informativo centrato sulla persona e sul progetto individuale capace sia di mettere in relazione tutte le risorse del sociale e del sanitario presenti sul territorio, che di mettere in connessione gli operatori, i professionisti, e le strutture (facilitando i gruppi di valutazione nel compiere insieme una parte del percorso ed evitare interruzioni e discontinuità), relazionandosi al contempo con la cabina di regia anche ai fini della programmazione e del consumo delle risorse.

Le fasi

- 1) Mappatura delle banche dati attualmente esistenti nell'ambito del settore della disabilità e valutazione della possibilità di una loro integrazione;
- 2) definizione dei protocolli informatici;
- 3) dotazione agli operatori coinvolti degli strumenti per la consultazione e l'interazione con il sistema informativo;
- 4) formazione degli operatori coinvolti;
- 5) avvio operativo del sistema informativo.

1.1.1.4 La supervisione scientifica

Motivazione dell'azione

Necessità di creare un momento di sinergia, consulenza e scambio tra operatori, Università e Istituti di ricerca operanti a livello locale, regionale o nazionale.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Con l'azione si intende garantire:

- a) una supervisione specialistica per la definizione di indirizzi e protocolli operativi;
- b) un'offerta di consulenza di alta specialità ai gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o di area specialistica;
- c) risposte omogenee e di qualità verificata.

Le fasi

- 1) Individuazione di specifiche aree specialistiche di riferimento;
- 2) Definizione di accordi con l'Università per il reperimento di supervisori/consulenti;
- 3) Individuazione di specialisti di vari settori operanti nell'ambito del sistema pubblico (ASL, Comune, Provincia, ecc.);
- 4) Instaurazione di rapporti con Istituti specialistici sia pubblici che privati per la definizione di protocolli d'intesa;
- 5) Costituzione e avvio dell'operatività del gruppo di supervisori/consulenti referenti delle diverse aree specialistiche.

1.1.2 La cura e il sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie: la rilettura dell'offerta

Motivazione dell'azione

L'azione nasce in relazione alla necessità di superare la situazione attuale che si caratterizza, sia nell'ambito del settore sociale, che di quello sanitario per un'offerta di prestazioni non riconducibili ad una sola area di intervento e, talvolta, neanche esclusivamente dedicate alla disabilità.

Nell'ambito degli interventi di carattere residenziale si riscontra anche la necessità di avviare interventi di accoglienza per le persone con disabilità che siano innovativi rispetto alle tradizionali forme di residenzialità più o meno protetta (istituti, RSD, RSA, lungodegenza ospedaliera) e coerenti con i bisogni e le aspettative dei cittadini disabili e dei loro familiari ("Dopo di Noi").

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Con l'azione si intende promuovere un maggiore coordinamento e un utilizzo sinergico delle risorse pubbliche e private del settore che consenta la diversificazione, la specializzazione e la qualificazione dell'offerta, anche con riferimento all'avvio di esperienze di "Dopo di Noi" e al consolidamento e allo sviluppo di quelle di "Durante Noi".

Le fasi

- il sistema abitativo (il "dopo di noi", il "durante noi" e le sistemazioni di emergenza)
- il sistema residenziale
- il sistema semiresidenziale
- il sostegno alla vita autonoma
- il supporto alle famiglie
- vacanze, tempo libero e sport

1.1.2.1 Sistema abitativo

Motivazione dell'azione

Risulta essere sempre più pressante la richiesta di servizi residenziali che possano permettere alle persone disabili cui vengono a mancare le figure familiari di riferimento un tipo di vita libera da stretti vincoli regolamentari e in ambienti a misura di "casa". Lo spirito che deve guidare nella scelta del modello d'intervento è quello di ricercare una sistemazione che possa offrire le caratteristiche di "una vera e propria casa", cioè un luogo dove la persona con disabilità possa sentirsi non ospite, ma a casa propria e possa essere attrezzato, arredato, sistemato secondo il gusto personale.

Al tempo stesso rivestono grande rilevanza azioni di "Durante noi", finalizzate cioè a "far sperimentare" alle persone con disabilità momenti di vita autonoma (valutandone quindi il grado di autonomia), a garantire periodi di sollievo ai familiari che si prendono cura di loro e a fronteggiare quelle situazioni di emergenza in cui esse possono venire a trovarsi (ad esempio a seguito di un periodo di malattia del care-giver).

Obiettivi specifici/Risultati attesi

L'obiettivo di un progetto di "Dopo di Noi" deve essere quello di dar vita a una rete residenziale integrata per le persone disabili per le quali risulterebbe improprio un inserimento nelle strutture tradizionali (RSA, RSD, istituti, ecc.).

Si tratta quindi di avviare concretamente iniziative di questo tipo, a partire da quelle che hanno ricevuto finanziamenti nell'ambito del Piano Triennale degli Investimenti nel settore sociale previsto dall'Accordo di Programma approvato con il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 162 del 4 settembre 2003.

Una buona parte delle sistemazioni che si andranno ad attivare nell'ambito del progetto "Dopo di Noi" sarà riservata ai casi di bisogno urgente e immediato (per le situazioni di maggiore gravità tali spazi vanno comunque previsti anche nelle strutture residenziali tradizionali) e saranno ampliate le iniziative di "Durante Noi".

Le fasi

- 1) Definizione dei criteri per la individuazione delle persone che saranno ospitate nelle strutture del "Dopo di Noi";
- 2) Definizione e stipula delle convenzioni con i gestori di strutture del "Dopo di Noi";
- 3) Consolidamento delle iniziative del "Durante Noi";
- 4) Avvio operativo delle iniziative del "Dopo di Noi".

1.1.2.2 Il sistema residenziale

Motivazione dell'azione

L'attuale situazione del sistema residenziale si caratterizza per un'offerta di prestazioni, sia pubbliche che private, che spesso risultano indifferenziate e talvolta anche non esclusivamente dedicate alla disabilità, sia nell'ambito del settore sociale, che di quello sanitario.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Si tratta quindi di avviare un'azione di rilettura dell'offerta residenziale che si inserisca nel processo di specializzazione in aree specialistiche di trattamento che si intende sviluppare a partire dall'area dei minori.

In tale quadro possono già essere evidenziate alcune azioni che vanno in questa direzione, quali:

- *Progetto "Casa Domotica"*: struttura destinata all'accoglienza di persone paraplegiche o tetraplegiche che possa rappresentare una posizione "intermedia" tra l'Unità Spinale del Centro Traumatologico Ortopedico (C.T.O.) e il ritorno nella propria abitazione o una sistemazione nelle situazioni di emergenza (quali, ad esempio, quelle derivanti da un'indisponibilità del care-giver familiare);
- *Progetto "Vicolo del Cionfo"*: struttura finalizzata all'accoglienza di persone affette da autismo da edificare su un terreno di proprietà comunale. La spesa complessiva è stimata in 1.700.000,00 euro, di cui 1.200.000,00 euro derivanti da finanziamenti regionali, 400.000,00 euro con l'accensione di un mutuo da parte del Comune e 100.000,00 euro con un contributo dell'IPAB Sant'Ambrogio a cui, con la deliberazione dell'Esecutivo della Società della Salute n. 40 del 13 luglio 2005, è stato attribuito il compito di procedere allo sviluppo del progetto.

Le fasi

- 1) Mappatura dell'offerta pubblica e privata presente sul territorio;
- 2) coinvolgimento degli attori pubblici e privati ai fini della verifica della possibilità di procedere alla specializzazione e della successiva condivisione dell'impostazione;
- 3) individuazione delle possibili aree di specializzazione;
- 4) avvio operativo del processo di qualificazione e specializzazione.

1.1.2.3 Il sistema semiresidenziale

Motivazione dell'azione

I Centri Diurni rappresentano un'importante risposta alternativa alla istituzionalizzazione, offrendo un sostegno e un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia e supportandone il lavoro di assistenza, socializzazione e riabilitazione.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Nel più generale processo di rilettura dell'offerta, sia pubblica che privata e nell'individuazione di specifiche aree d'intervento e trattamento, anche i Centri Diurni saranno oggetto di approfondimento e di rivisitazione organizzativa e metodologica.

Le fasi

- 1) Mappatura dell'offerta pubblica e privata presente sul territorio;
- 2) coinvolgimento degli attori pubblici e privati ai fini della verifica della possibilità di procedere alla specializzazione e della successiva condivisione dell'impostazione;
- 3) individuazione di possibili aree di specializzazione;
- 4) avvio operativo del processo di qualificazione.

1.1.2.4 Il sostegno alla vita autonoma

Motivazione dell'azione

Da alcuni anni vengono erogati contributi economici per la realizzazione di progetti individuali finalizzati alla permanenza della persona disabile nella propria abitazione e alla riduzione di quelle cause che potrebbero portare a un ricovero in strutture residenziali, favorendo in particolare i processi di autonomia e di integrazione nel contesto sociale. In particolare, nel 2003 sono stati finanziati 207 progetti (con contributi economici annui variabili da 100,00 a 30.987,36 euro). In media il contributo concesso è stato pari a 4.508,92 euro, per una spesa complessiva di 933.346,57 euro (nel 2001 era stata di 664.839,11 euro, mentre nel 2002 le risorse destinate a

tale intervento erano state pari a 838.650,44 euro). Nel 2004 il numero delle persone che hanno beneficiato della prestazione è diminuito rispetto all'anno precedente (sono state 202), mentre è cresciuto il costo complessivamente sostenuto che ha superato il milione di euro.

A partire da quest'anno Firenze partecipa anche a una sperimentazione regionale disciplinata con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 794 del 2 agosto 2004 con cui sono state definite le "Linee Guida" contenenti indicazioni circa i requisiti che devono essere posseduti dalle persone coinvolte nell'azione e le caratteristiche dei rispettivi progetti. Relativamente al primo aspetto è necessario:

avere una disabilità di tipo neuro-motorio;

avere ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità di cui alla legge n. 104/92;

avere un'età compresa tra 18 e 65 anni.

I progetti devono invece presentare le seguenti caratteristiche:

chiara individuazione degli interventi, delle azioni e dei relativi costi (tenendo conto di un massimale di contribuzione pari a 1.680,00 euro mensili);

piena autonomia della persona con disabilità nella scelta degli assistenti personali con i quali deve essere instaurato regolare rapporto di lavoro;

impegno della persona con disabilità a presentare una relazione semestrale circa l'impiego delle risorse assegnate e dei risultati ottenuti;

alternatività del progetto rispetto ad altre prestazioni di sostegno alla disabilità e a favore dell'autonomia (sia in natura che di tipo monetario), anche se già in godimento al momento dell'intervento, quando queste rispondano agli stessi bisogni.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

L'obiettivo dell'azione sarà quello di provvedere, anche attraverso la verifica degli esiti della sperimentazione regionale, ad una rilettura dell'intervento in essere allo scopo di procedere a una ridefinizione della sua disciplina anche attraverso un più stretto collegamento con le iniziative finalizzate alla individuazione di idonee sistemazioni abitative e coerenti soluzioni lavorative.

Le fasi

Ricognizione complessiva degli interventi attualmente in essere;

Verifica dell'andamento della sperimentazione regionale;

Ridefinizione della disciplina.

1.1.2.5 Il supporto alle famiglie

Motivazione dell'azione

Nelle politiche di supporto alle famiglie con disabili vanno costruiti percorsi di sostegno che abbiano come obiettivi la riduzione dell'isolamento e del disagio e il miglioramento della qualità della vita delle famiglie medesime.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Un'azione concreta mirante al raggiungimento di tali obiettivi sarà l'attivazione di gruppi di auto aiuto che, adeguatamente supportati, potranno condividere e socializzare le proprie problematiche ed esperienze, contenendo l'esordio di stati ansiosi o di disagio, migliorando l'autostima e il senso di autoefficacia e promuovendo le potenzialità positive.

Le fasi

1) Individuazione delle aree e degli ambiti specifici su cui intervenire ai fini dell'attivazione di gruppi di auto aiuto;

- 2) identificazione delle figure dei facilitatori;
- 3) identificazioni di luoghi idonei per gli incontri dei gruppi;
- 4) attivazione dei gruppi.

1.1.2.6 Vacanze, tempo libero e sport

Motivazione dell'azione

Con l'azione si intende assicurare un'esigenza fondamentale per il processo di crescita, socializzazione e partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità ai fini della loro reale ed effettiva integrazione.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Le attività di tempo libero e di sport rivolte alle persone con disabilità dovranno essere pensate come traducibili in esperienze educative di carattere ludico-esplorativo, socializzante e terapeutico, ma non dovranno essere disgiunte da una loro collocazione all'interno di un complessivo disegno nei settori del turismo, dell'arte e della cultura in generale.

Tale azione dovrà inserirsi e coordinarsi con il servizio di soggiorni vacanza che viene organizzato da alcuni anni e che consiste in un percorso agevolato per la fruizione, da parte di soggetti disabili con complesse problematiche socio-sanitarie, di soggiorni vacanza nel periodo estivo in alberghi situati presso località turistiche (marine o montane) o presso strutture attrezzate denominate "case vacanza" con lo scopo di valorizzare il tempo libero e favorire la socializzazione, la comunicazione e la solidarietà.

Le fasi

- 1) individuazione degli organizzatori delle attività;
- 2) individuazione dei luoghi ove svolgere l'attività;
- 3) individuazione sponsor per finanziamento attività;
- 4) calendarizzazione delle attività.

1.1.3 Lavoro e disabilità: per un percorso integrato con il mondo della scuola e con il sistema della formazione

Motivazione dell'azione

L'azione nasce in relazione alle seguenti criticità riscontrate nella situazione attuale:

- a) assenza di un servizio stabilmente strutturato per gli inserimenti al lavoro che sia referente per tutti i servizi socio-sanitari territoriali, che si interfacci in maniera omogenea con il mondo del lavoro e garantisca adeguata consulenza professionale ai servizi della Provincia;
- b) scarso coordinamento e integrazione con il ruolo svolto dal Terzo Settore;
- c) difficoltà nella programmazione e nella pianificazione della presenza sul mercato del lavoro delle Cooperative di tipo B;
- d) carenza di un servizio stabile e funzionale di tutoraggio sul posto di lavoro;
- e) complessità delle procedure amministrative collegate al collocamento;
- f) mancanza di un coordinamento cittadino degli inserimenti socio-terapeutici.

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Con l'azione si intende garantire:

- a) la costituzione di un organismo di coordinamento cittadino che riunisca tutti gli interlocutori pubblici, privati e del Terzo Settore con lo scopo di elaborare politiche e strategie complessive (con particolare attenzione al momento dell'integrazione tra scuola,

formazione e lavoro e agli inserimenti socio-terapeutici) e definire le modalità operative più idonee per la loro realizzazione;

- b)** la formazione a livello cittadino di un gruppo tecnico stabile di professionisti che, nelle situazioni di "idoneità complicata" al lavoro, svolga compiti di coordinamento e collaborazione con gli uffici della Provincia di Firenze, di riferimento per l'utenza e per gli operatori dei servizi socio-sanitari e di interfaccia con le aziende e con le imprese cooperative;
- c)** un'articolazione territoriale coerente con il nuovo modello organizzativo.

Le fasi

- 1)** mappatura delle iniziative pubbliche e private attualmente operanti nell'ambito del collocamento delle persone con disabilità;
- 2)** avvio e consolidamento dei rapporti con la Provincia di Firenze;
- 3)** coinvolgimento del Terzo Settore;
- 4)** individuazione dei soggetti che costituiranno l'organismo di coordinamento cittadino;
- 5)** individuazione dei professionisti che comporranno il gruppo tecnico;
- 6)** definizione dei percorsi e delle metodologie di lavoro.

1.1.4 Il sistema di pubblica tutela

Motivazione dell'azione

La recente introduzione nell'ordinamento italiano dell'istituto dell'Amministrazione di sostegno (legge n. 6/04) richiede la predisposizione di un contesto complessivo di supporto che ne favorisca il corretto funzionamento, coinvolgendo anche gli altri tradizionali strumenti di protezione civilistica delle persone in condizioni di debolezza, quali l'interdizione e l'inabilitazione.

Una tale azione si pone inoltre in linea con quanto previsto dalla legge regionale n. 41/05 ai fini della definizione della più ampia rete di servizi e interventi relativi alla pubblica tutela (anche nell'ottica della loro diffusione e omogeneizzazione sul territorio della Toscana).

Obiettivi specifici/Risultati attesi

Con l'azione si intende garantire:

- a)** La definizione di meccanismi procedurali che siano allo stesso tempo chiari (in relazione alle esigenze di trasparenza che gli strumenti di pubblica tutela necessariamente richiedono) e rapidi (in relazione ai vincoli temporali connessi alla loro attivazione);
- b)** un maggior livello di coordinamento tra i servizi socio-sanitari e le strutture giudiziarie, attraverso la costruzione di un sistema informatizzato locale e la previsione di una specifica figura di raccordo;
- c)** la formazione e l'aggiornamento dei soggetti coinvolti nell'applicazione degli istituti di pubblica tutela (con particolare riferimento agli operatori dei servizi socio-sanitari e agli Amministratori di sostegno) da realizzare sia con corsi periodici, sia con uno specifico servizio di consulenza.

Le fasi

- 1)** La definizione dei meccanismi procedurali;
- 2)** la predisposizione degli "strumenti" di supporto;
- 3)** il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

1.2 Indicatori

DISABILI (065 ANNI)				
PRESTAZIONI	INDICATORE 1	INDICATORE 2	INDICATORE 3	Variazioni nel tempo dell'utenza totale
Assistenza domiciliare sociale	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↑
Vita indipendente	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		==
Inserimento lavorativo	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↑
SEMIRESIDENZE				
CD ex art. 26	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↑
CD di socializzazione	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↑
RESIDENZE				
Riabilitazione ex art. 26 residenziale regime estensivo	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		==
RSD - Residenze sanitarie disabili	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		==
DOPO DI NOI	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100	(utenti RA+ utenti RSA/utenti RSD+ utenti ex.art.26*100)	↑
R.A. - Residenze assistenziali	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↓
RSA - Residenze sanitarie assistenziali	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*100		↓
ALTRI PROGETTI E INTERVENTI				
Vacanze per disabili	n° utenti nell'anno	n° utenti nell'anno/adulti residenti*102		↑

1.3 Previsioni risorse parte sanitaria e parte sociale calcolate sulla base storica 2005

	Art. 26 Riabilitazione	Disabilità'	Assistenza Protetica	Contribuzione utenza	Totali
ASL Zona Firenze	18.303.593,22		3.095.000,00		21.398.593,22
Comune di Firenze		5.813.985,97		5.155.798,88	10.969.784,85
Totali	18.303.593,22	5.813.985,97	3.095.000,00	5.155.798,88	32.368.378,07
Note	L'importo è comprensivo delle prestazioni ambulatoriali dirette		La spesa per assistenza protesica non è disaggregata per tipologia di utenza		