



BOZZA DI STAMPA

Protocollo RC n. 13616/11

Anno 2011
Ordine del giorno n. 48

118ª Proposta (Dec. G.C. del 12 ottobre 2011 n. 100)

Piano Regolatore Sociale (2011-2015) di Roma Capitale.

Premesso che la legge 8 novembre 2000 n. 328, “Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” riconosce che la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali competono agli Enti Locali, alle Regioni ed allo Stato;

Che la citata legge prevede che i soggetti istituzionali indicati debbano provvedere, nell’ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali mediante la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e i soggetti del privato sociale insistenti e operanti sul territorio, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le aziende unità sanitarie locali;

Che, ai sensi della legge n. 328/2000, i Comuni sono titolari della pianificazione e delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale, adottando gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini;

Che, in particolare, i Comuni:

- svolgono le attività di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali di rete, individuando le priorità e i settori di innovazione;
- erogano i servizi e le prestazioni economiche;
- attuano nel territorio, d’intesa con le aziende unità sanitarie locali, le indicazioni del piano regionale, attraverso lo strumento dei Piani di Zona;
- garantiscono ai cittadini la partecipazione al controllo della qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli Statuti comunali;

Che la Regione Lazio ha adottato, sulla base delle previsioni della L. n. 328/2000, i provvedimenti per l’utilizzazione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socio-assistenziali;

Che l’Amministrazione Capitolina, attraverso un lungo processo di consultazione allargata, che ha coinvolto e impegnato tutti i soggetti (pubblici e del privato sociale) interessati a concorrere alla costruzione del welfare cittadino, ha elaborato il primo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, adottato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 35/2004;

Che il Piano Regolatore Sociale, così disegnato, è un documento programmatico a valenza pluriennale, che ha individuato le politiche sociali del Comune di Roma, nel senso più ampio del termine, e il Piano di Zona cittadino, articolato a sua volta in azioni a livello urbano, nonché i Piani di Zona municipali;

Che dal 2004 a oggi, l’Amministrazione ha adottato periodicamente le deliberazioni di aggiornamento dei Piani di Zona afferenti le strutture territoriali (ridenominati “Piani

Sociali Municipali”), sia in considerazione delle risorse trasferite dalla Regione Lazio, sia in relazione all’evoluzione dei servizi resi e dei progetti inseriti nei Piani stessi;

Che, si è ritenuto indispensabile, a distanza di tempo, avviare un processo di revisione del Piano Regolatore Sociale e, sulla base delle indicazioni contenute nel Documento di Programmazione Finanziaria 2009-2011 approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 66 del 12-13 dicembre 2008, è stato elaborato un nuovo documento per aggiornare la pianificazione sociale della città di Roma, in modo da renderla funzionale e rispondente alle mutate condizioni e necessità sociali della popolazione;

Che l’Assemblea Capitolina, con deliberazione n. 29 del 16 dicembre 2010, ha approvato gli “Indirizzi per la predisposizione del nuovo Piano Regolatore Sociale per Roma Capitale”, sulla base dei quali, è stato delineato il percorso istituzionale per la costruzione del nuovo Piano Regolatore Sociale cittadino (PRS);

Che, in una prima fase, sono stati redatti i documenti preparatori, contenenti dati e analisi; successivamente, sono stati elaborati e sistematizzati i risultati dell’ampio confronto cittadino (avvenuto attraverso “Forum tematici), da cui sono scaturiti gli allegati 1, 2, 3, 4, 5 al presente atto;

Che, nella prosecuzione dei lavori per l’allestimento della struttura generale del Piano, sono stati individuati e coinvolti gli attori della governance sociale e sono state definite le azioni di sistema da porre in essere;

Che dal ponderoso lavoro di concertazione con tutte le parti sociali in merito ai contenuti, è scaturito il documento finale del Nuovo Piano Regolatore Sociale di cui all’allegato “A” parte integrante del presente provvedimento;

Che il Piano Regolatore Sociale 2011-2015 di Roma Capitale si presenta come un documento di sintesi complessiva integrato da n. 12 allegati, contenenti approfondimenti tematici e linee guida per la revisione di alcune discipline di settore, riguardanti il sistema dei servizi e degli interventi sociali di Roma Capitale;

Che il nuovo Piano ha una durata quinquennale, con aggiornamenti annuali dei PSM, fatta salva la necessità di procedere a un aggiornamento per mutamenti del contesto o delle risorse o per nuove esigenze dovute al riassetto istituzionale di Roma Capitale;

Che il Piano medesimo pone l’attenzione sull’evoluzione dei bisogni dei cittadini, inserendo fattori di innovazione e possibile alternativa, prevedendo sperimentazioni di nuovi interventi in grado di rispondere efficacemente al mutamento dei problemi sociali realizzando, in tal modo, l’obiettivo della legge-quadro n. 328/2000;

Che, in particolare, la programmazione operativa descritta nel nuovo PRS si presenta suddivisa in 4 macro-aree d’intervento (di seguito elencate) che, al loro interno, contengono complessivamente 20 obiettivi operativi, articolati in 102 azioni:

- 1- architettura, governance e qualità del sistema;
- 2- integrazione dei sistemi;
- 3- miglioramento dei servizi;
- 4- pianificazione economico-finanziaria.;

Che, tra gli obiettivi prioritari indicati nel nuovo Piano Regolatore Sociale cittadino, l’Amministrazione ritiene di agire, in primo luogo, su quegli interventi che da tempo necessitano di revisione perché non più rispondenti alle mutate esigenze della popolazione;

Che, tra questi, sono stati individuati:

- A. riforma del sistema di accreditamento;
- B. sperimentazione delle modalità di erogazione del servizio di assistenza domiciliare SAISA e SAISH;
- C. predisposizione dei nuovi Piani Sociali Municipali;

Che al fine di perseguire gli obiettivi inseriti nel nuovo PRS, è stata istituita, nell'ambito del Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, una apposita U.O. denominata Azioni di Sistema e Attuazione del Piano Regolatore Sociale (deliberazione Giunta Comunale n. 225 del 19 luglio 2011) alla quale sono state attribuite le funzioni di controllo e monitoraggio in ordine all'attuazione del nuovo Piano Regolatore Sociale e dei nuovi Piani Sociali Municipali;

Che il presente atto non ha rilevanza contabile;

Visto il D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328;

Vista la deliberazione Consiglio Comunale n. 35 del 15 marzo 2004;

Vista la deliberazione Consiglio Comunale n. 124 del 3 luglio 2006;

Viste le D.G.R. n. 500 del 3 agosto 2006 e n. 560 del 25 luglio 2008;

Vista la deliberazione del Consiglio Comunale n. 66 del 12-13 dicembre 2008;

Viste le D.G.R. nn. 501 e 502 del 6 luglio 2009;

Vista la deliberazione dell'Assemblea Capitolina n. 29 del 16 dicembre 2010;

Viste le D.G. R. n. 202/2011 e n. 307/2011;

Considerato che in data 14 settembre 2011 il Direttore Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, ha espresso il parere che di seguito integralmente si riporta: "Ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica della proposta di deliberazione indicata in oggetto.

Il Direttore

F.to: A. Scozzafava";

Preso atto che, in data 14 settembre 2011 il Direttore del Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, ai sensi e per gli effetti dell'art. 29 del Regolamento degli Uffici e dei Servizi, ha attestato, inoltre, la coerenza della proposta di deliberazione di cui all'oggetto con i documenti di programmazione dell'amministrazione, approvandola in ordine alle scelte di natura economica-finanziaria e d'impatto sulla funzione dipartimentale che essa comporta.

Il Direttore

F.to: A. Scozzafava;

Che sulla proposta in esame è stata svolta, da parte del Segretariato Generale, la funzione di assistenza giuridico-amministrativa, ai sensi dell'art. 97, comma 2, del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali 18 agosto 2000, n. 267;

L'ASSEMBLEA CAPITOLINA

per quanto in premessa,

DELIBERA

di approvare:

- il nuovo Piano Regolatore Sociale 2011-2015 di Roma Capitale (di cui all'allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), comprensivo di n. 12 allegati, di seguito elencati:
 - approfondimenti sul tema del contrasto della povertà e dell'esclusione sociale allegato 1;
 - approfondimenti sul tema dei migranti, richiedenti asilo e rifugiati allegato 2;
 - approfondimenti sul tema della salute, della disabilità e del disagio psichico allegato 3;

- approfondimenti sul tema della famiglia e delle persone in età evolutiva allegato 4;
- approfondimenti sul tema delle persone anziane allegato 5;
- approfondimenti sul tema delle persone sottoposte a misure giudiziarie allegato 6;
- approfondimenti sul tema delle popolazioni Roma allegato 7;
- approfondimenti sul tema del contrasto delle dipendenze patologiche allegato 8;
- interventi innovativi, stimoli e buone prassi nella programmazione territoriale dei servizi al cittadino allegato 9;
- criteri operativi e procedure per la selezione degli Enti gestori e per l'affidamento dei servizi allegato 10;
- linee guida per la revisione delle deliberazioni del Consiglio Comunale n. 154/1997 e n. 163/1998 in tema di disagio abitativo allegato 11;
- linee guida per la trasformazione dei Centri Anziani Comunali in Associazioni allegato 12.

Allegato A



ROMA CAPITALE

Assessorato Promozione dei servizi sociali e della salute

Piano Regolatore Sociale 2011-2015

INDICE

A. INTRODUZIONE	4
A.1 Il primo Piano Regolatore Sociale	4
A.2 Il percorso per la costruzione del nuovo Piano Regolatore Sociale.....	5
A.3 I Piani Sociali municipali	9
B. GLI SCENARI	12
B.1 Il contesto internazionale, europeo e nazionale.....	12
B.2 Le politiche regionali	14
B.3 Il contesto cittadino	14
C. I PRINCIPI E LE FINALITÀ GENERALI	16
C.1 I principi	16
C.2 Le finalità generali.....	18
D. IL PROFILO DEMOGRAFICO DELLA CITTÀ	22
D.1 La popolazione residente	22
D.2 Le famiglie	28
D.3 Le previsioni demografiche	31
E. IL SISTEMA CITTADINO DEI SERVIZI SOCIALI	37
E.1 Servizi multiutenza di carattere generale.....	38
E.1.1. <i>Servizi informativi e di orientamento</i>	38
E.1.2. <i>Servizi per la presa in carico e l'accompagnamento assistenziale</i>	39
E.1.3. <i>Servizi di tutela pubblica</i>	40
E.1.4. <i>Servizi per l'emergenza sociale</i>	41
E.1.5. <i>Misure operative</i>	42
E.2 Servizi e interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale.....	43
E.2.1 <i>La povertà e il disagio abitativo</i>	44
E.2.2 <i>La violenza di genere</i>	46
E.2.3 <i>L'esclusione sociale</i>	47
E.2.4 <i>Gli interventi per il contrasto della povertà e del disagio sociale</i>	48
E.2.5 <i>Misure operative</i>	51
E.3 Servizi e interventi per i migranti, richiedenti asilo e rifugiati.....	52
E.3.1 <i>I migranti a Roma</i>	52
E.3.2 <i>I richiedenti asilo e rifugiati</i>	53
E.3.3 <i>Il modello di intervento</i>	55
E.3.4 <i>Misure operative</i>	59
E.4 Servizi per la salute e per le persone con disabilità e disagio psichico	62
E.4.1 <i>I bisogni di salute</i>	62
E.4.2 <i>Le persone con disabilità</i>	63
E.4.3 <i>Le persone con disagio psichico</i>	65
E.4.4 <i>I punti di forza del sistema</i>	65
E.4.5 <i>Elementi di criticità e nodi da sciogliere</i>	67
E.4.6 <i>Un nuovo approccio alla disabilità</i>	68
E.4.7 <i>Misure operative</i>	69
E.5 Servizi e interventi per le famiglie	70
E.5.1 <i>I bisogni sociali delle famiglie</i>	70
E.5.2 <i>I servizi e gli interventi sociali per la famiglia</i>	71

E.5.3 Una strategia per la famiglia.....	73
E.5.4 Un "Piano cittadino per la famiglia".....	75
E.5.5 Misure operative.....	76
E.6 Servizi e interventi per le persone in età evolutiva.....	78
E.6.1 Interventi sociali realizzati in favore dei minori.....	79
E.6.2 Minori accolti in strutture residenziali o in affidamento familiare.....	83
E.6.3 Minori vittime di violenza.....	86
E.6.4 Il programma "Roxanne".....	87
E.6.5 Minori stranieri non accompagnati.....	89
E.6.6 Un nuovo Piano per l'attuazione della legge 285/97.....	91
E.6.7 I giovani.....	95
E.6.8 Misure operative.....	95
E.7 Servizi e interventi per le persone anziane.....	99
E.7.1 Le persone anziane: una risorsa per la città.....	99
E.7.2 I bisogni sociali delle persone anziane.....	100
E.7.3 I servizi e le prestazioni sociali per le persone anziane.....	102
E.7.4 I punti di forza e buone prassi.....	106
E.7.5 Criticità.....	108
E.7.6 Misure operative.....	111
F. L'INNOVAZIONE DEL SISTEMA	116
F.1 L'architettura e la governance del sistema.....	116
F.2 La validità del sistema di welfare.....	118
F.2.1 La "Cabina di regia".....	118
F.2.2 Il Sistema Informativo Sociale.....	118
F.2.3 La riforma dell'accreditamento per i servizi alla persona.....	119
F.3 L'integrazione dei sistemi.....	122
F.3.1 Integrazione con il sistema sanitario.....	122
F.3.2 Integrazione con mondo del lavoro e della produzione.....	124
F.3.3 Integrazione con le politiche abitative e del patrimonio.....	125
F.3.4 Integrazione con i sistemi dell'istruzione e della formazione.....	126
F.3.5 Integrazione con i sistemi della Sicurezza e della Giustizia.....	127
G. LE RISORSE	129
G.1 Le risorse professionali.....	129
G.1.1 Le risorse di Roma Capitale.....	129
G.1.2 La distribuzione territoriale.....	130
G.1.3 Le risorse del Terzo Settore.....	132
G.1.4 Gli obiettivi di miglioramento.....	132
G.2 Le risorse finanziarie.....	133
G.2.1 La spesa sociale e le risorse finanziarie.....	133
G.2.2 La strategia e gli obiettivi.....	135
H. IL PROGRAMMA OPERATIVO	139
I. L'ATTUAZIONE DEL PIANO	152
L. ALLEGATI INFORMATIVI	154
M. ALLEGATI OPERATIVI	155

A. INTRODUZIONE

Il presente documento costituisce lo Schema di riferimento del nuovo Piano Sociale di Roma Capitale. In particolare, si propone come piattaforma per il confronto con i diversi attori della Governance sociale, al fine di consegnare una proposta ampiamente condivisa alla Giunta Capitolina, che a sua volta la sottoporrà all'Assemblea Capitolina.

Il documento è stato redatto dal *Nucleo Direzionale* sulla base delle Linee di indirizzo emanate dall'Assemblea Capitolina con Delibera n. 29 del 16 Dicembre 2010. In questo compito il Nucleo Direzionale è stato supportato dalla *Commissione di Piano*, che in una prima fase ha predisposto documenti preparatori contenenti dati e analisi e successivamente ha raccolto e sistematizzato i risultati dell'ampio confronto cittadino avvenuto attraverso "*Forum tematici*".

Il documento - redatto secondo criteri di essenzialità - è integrato da 12 allegati, che contengono informazioni utili e approfondimenti tematici sui diversi temi riguardanti il sistema dei servizi e degli interventi sociali di Roma Capitale. Di questi, quelli della sezione "L" (dal n° 1 al n° 9), sono di natura *informativa* e approfondiscono temi trattati nel documento, mentre, quelli della sezione "M" (dal n° 10 al n° 12) sono allegati *operativi* e hanno lo scopo di definire le linee guida per l'operatività di alcune azioni indicate all'interno del documento.

A.1 Il primo Piano Regolatore Sociale

A Roma la prima programmazione del sistema dei servizi sociali era stata avviata nell'autunno 2001, sulla base delle indicazioni della legge-quadro 328/2000. Il percorso di preparazione, in cui sono state coinvolte numerose organizzazioni, era sfociato poi nello Schema del *Piano Regolatore Sociale*, elaborato tenendo conto delle Deliberazioni della Giunta regionale del Lazio n. 860 del 28 giugno 2001 e n. n. 471 del 19 aprile 2002, nonché delle Linee di indirizzo emanate dal Consiglio comunale con Deliberazione n. 94 del 10 luglio 2002. Lo Schema del Piano fu deliberato dalla Giunta comunale il 2 agosto 2002 e successivamente approvato, con emendamenti, dal Consiglio Comunale con Deliberazione n. 35/2004. Contestualmente alla preparazione del Piano Regolatore Sociale cittadino fu avviata anche la pianificazione dei servizi e degli interventi sociali a livello territoriale, che sfociò, nel corso del 2002, nell'approvazione dei *Piani di zona* in ciascuno dei 19 Municipi romani.

In armonia con quanto disposto dalla Deliberazione del Consiglio comunale n. 124 del 3 luglio 2006, ripreso dalla Memoria di Giunta del 7 marzo 2007, i Consigli Municipali, tra la fine del 2007 e l'inizio del 2008 hanno ripreso e aggiornato i Piani di zona (ridenominati "Piani Regolatori Sociali Municipali") per il periodo 2008-2010. Tali Piani sono stati poi aggiornati annualmente, sia in considerazione delle risorse trasferite dalla Regione Lazio, sia in relazione all'evoluzione dei progetti inseriti in tali Piani. Il primo Piano Regolatore Sociale cittadino, invece, fino ad ora non è mai stato aggiornato.

Non esistono valutazioni formali sull'attuazione del Piano. Da una analisi empirica, risulta comunque che a partire dal 2002 sono stati implementati diversi nuovi servizi. A livello centrale, a titolo meramente esemplificativo, si può ricordare la riforma dei servizi di emergenza sociale, confluiti nella Sala Operativa Sociale; il Centro cittadino per le migrazioni di via Assisi; i Centri "di sollievo" per malati di Alzheimer e il progetto sulle dimissioni protette; la "Casa del volontariato", con servizi di "welfare leggero" e di impegno degli anziani; il progetto "Insieme si può" per le famiglie che impiegano collaboratrici familiari; la riforma dell'accreditamento, con l'introduzione dei "pacchetti di servizi".

Nonostante ciò, solo una parte delle azioni previste nel Piano Regolatore Sociale sono state realizzate. Ad esempio, la prevista riserva del 5% per la cooperazione sociale, la riforma del bilancio relativo ai servizi sociali, il sistema informativo sociale, la "cartella sociale", e così via.

Altre progettualità sono state realizzate dai Municipi, di cui si è tenuto conto in questo documento. In particolare, si è capitalizzato il bagaglio di innovazioni e progettazioni avviate nei diversi territori. In questa sede non è possibile farne riferimento diretto, anche per ragioni di spazio. In allegato si riportano i risultati di un lavoro realizzato dall'Ufficio Azioni di sistema del Dipartimento Politiche sociali, in collaborazione con gli Uffici di Piano municipali.

A.2 Il percorso per la costruzione del nuovo Piano Regolatore Sociale

Il processo per la costruzione del nuovo Piano Sociale cittadino è stato avviato dall'Assessore alle Politiche sociali e della salute nella primavera del 2009, sulla base delle indicazioni contenute nel Documento di Programmazione Finanziaria 2009-2011 (Deliberazione del Consiglio comunale n. 66 del 12-13 dicembre 2008).

Il compito di guidare il percorso è stato affidato al *Nucleo Direzionale*, composto dall'Assessore, dal Direttore del Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute e da tre esperti esterni. Il *Nucleo Direzionale* si occupa dell'elaborazione della struttura generale del Piano, del coinvolgimento degli attori della governance sociale, del coordinamento della *Commissione di Piano*, della definizione delle azioni di sistema, della redazione della bozza dello Schema di Piano.

Il *Nucleo Direzionale* ha interagito con i *Tavoli di governance*, che costituiscono il "luogo" di confronto e partecipazione delle rappresentanze degli *stakeholders* istituzionali, delle Parti sociali e dei corpi intermedi che operano nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali. Nella fase preparatoria sono stati coinvolti nel processo alcuni Assessori comunali e Direttori dei rispettivi Dipartimenti; il Presidente della Commissione straordinaria per la salute e il collaboratore del sindaco per la disabilità, i Delegati nei rapporti con le ASL, i Direttori ASL, Farmacap e Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, i Presidenti e Assessori alle politiche sociali dei Municipi, i dirigenti UOSECS, i Sindacati, gli ordini e le associazioni professionali dell'area sociale e sanitaria, le IPAB, le Centrali cooperative, il Forum del Terzo Settore e i Centri Servizi Volontariato.

Il "motore" del processo di preparazione del nuovo Piano è stata la *Commissione di Piano*, composta da esperti esterni individuati in base alle rispettive conoscenze, esperienze e capacità in relazione alla pianificazione sociale territoriale e/o al sistema dei servizi sociali.

La *Commissione* ha operato in stretto contatto con il *Nucleo Direzionale* e l'Ufficio "Azioni di sistema" del Dipartimento per assolvere i seguenti compiti:

- ⇒ raccolta di dati ed elaborazione di analisi sulla condizione sociale della città, sui bisogni e sulla domanda di prestazioni, sul sistema di servizi ed interventi sociali;
- ⇒ predisposizione di un quadro generale dei servizi e degli interventi sociali;
- ⇒ presentazione di proposte finalizzate al miglioramento dei servizi e degli interventi sociali;
- ⇒ organizzazione di momenti di confronto con gli attori sociali operanti nel territorio;
- ⇒ collaborazione nella stesura della bozza del nuovo Piano.

La *Commissione di Piano* ha selezionato e coordinato *Gruppi di lavoro*, formati da tecnici ed esperti nel settore, i quali hanno raccolto e sistematizzato, per ciascun tema, dati e informazioni relative al contesto e alla normativa di riferimento, alla domanda e ai bisogni sociali, ai servizi e agli interventi sociali promossi dall'Amministrazione comunale (e in alcuni casi anche da altre Istituzioni e Organizzazioni), ai punti di forza e alle criticità particolarmente significative.

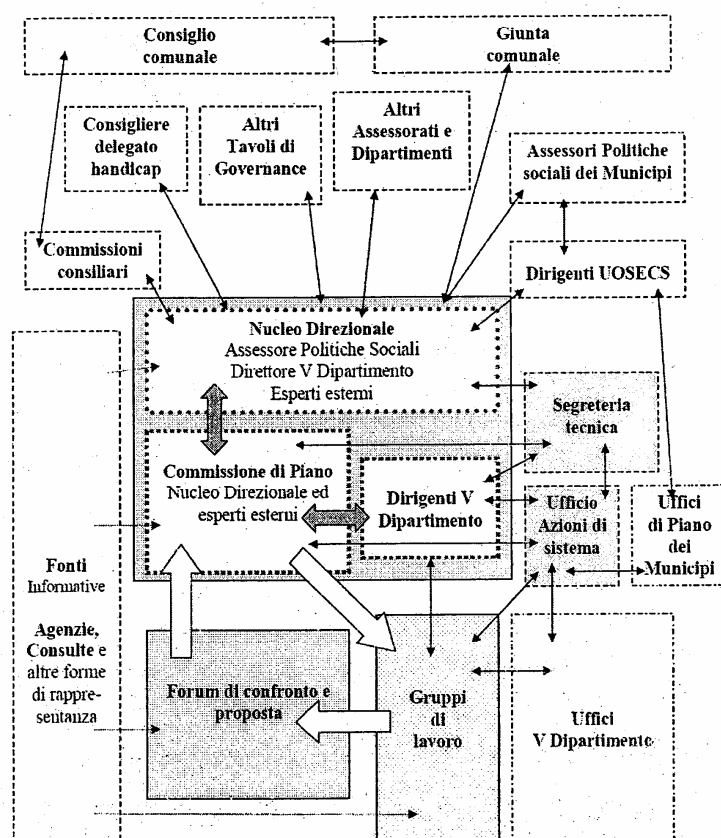
Per diverse settimane complessivamente oltre 100 persone, organizzate in cinque Gruppi, hanno lavorato intorno ai seguenti temi: *Povert , disagio ed emergenze sociali; Immigrati e richiedenti asilo; Salute, disabilit  e disagio psichico; Famiglie e minori; Persone anziane*. I risultati dei *Gruppi* sono confluiti in *Documenti*, che sono serviti come base per il lavoro dei "Forum tematici", che hanno contribuito alla preparazione del Piano, in un ampio e pubblico dibattito.

Il *Nucleo Direzionale*   stato affiancato da una *Commissione di Piano* composta da esperti esterni, selezionati tramite avviso pubblico sulla base dei seguenti criteri: riconosciute conoscenze, esperienze e capacit  in relazione alla pianificazione sociale territoriale e al sistema dei servizi sociali; presenza di un mix equilibrato di competenze teoriche e pratiche; diversificazione per aree tematiche, in modo da "coprire" i principali settori in cui si articola il sistema dei servizi sociali; motivazione e disponibilit  dei partecipanti.

La *Commissione di Piano* che ha operato in stretto collegamento con i dirigenti e l'Ufficio "Azioni di sistema" del Dipartimento servizi sociali, ha svolto i seguenti compiti:

- raccolta e organizzazione dei materiali e dei dati sulla condizione sociale della citt , sui bisogni e sulla domanda di prestazioni, sul sistema di servizi ed interventi sociali a Roma;
- preparazione di documenti in progress su specifiche aree di intervento;
- elaborazione di analisi, piste di riflessione e proposte sulle misure pi  efficaci da introdurre per il miglioramento complessivo dei servizi e degli interventi sociali;
- affiancamento al *Nucleo Direzionale* per la stesura della bozza del nuovo Piano.

Grafico A.1 Schema organizzativo per la preparazione del nuovo Piano Regolatore Sociale



La Commissione di Piano ha selezionato e coordinato i Gruppi per la predisposizione dei documenti di lavoro. I Gruppi – che non avevano funzioni rappresentative, ma solo operative – erano formati da tecnici e da persone con particolare esperienza nel settore.

Ciascun Gruppo, coordinato da un componente della Commissione, ha organizzato i propri lavori in modo autonomo, con la possibilità di articolarsi in sottogruppi. Ai Gruppi di lavoro hanno partecipato, gratuitamente, oltre un centinaio di operatori.

La tabella seguente presenta le aree di analisi dei Gruppi di lavoro e il numero dei partecipanti¹.

Tabella A.1 Gruppi di lavoro e aree di analisi

Gruppo	Aree di analisi
A. Povertà, disagio ed emergenze sociali	Prevenzione ed intervento per le emergenze sociali
	Contrasto della povertà economica, sostegno all'occupazione e aiuto per l'abitazione
	Promozione della legalità e contrasto discriminazioni e violenze
	Assistenza persone vittime della tratta e costrette alla prostituzione
	Assistenza persone senza fissa dimora e a rischio di esclusione
B. Immigrati e richiedenti asilo	Accoglienza e integrazione immigrati, rifugiati e richiedenti asilo
	Assistenza ai minori stranieri non accompagnati
C. Salute, disabilità e disagio psichico	Promozione della salute e prevenzione dei rischi patologici
	Accesso integrato ai servizi socio-sanitari
	Assistenza ed integrazione socio-lavorativa e socio-sanitaria delle persone disabili
	Assistenza ed integrazione sociale delle persone con disagio mentale
D. Famiglie, minori e giovani	Promozione diritti e opportunità infanzia e adolescenza (legge 285/97)
	Assistenza minori privi di un valido sostegno familiare
	Sostegno educativo e scolastico ai minori in difficoltà
	Prevenzione e contrasto degli abusi e dei maltrattamenti a persone minori di età
	Prevenzione e contrasto del bullismo e della violenza tra minori
	Sostegno alla famiglia e all'autonomia dei giovani
	Promozione delle pari opportunità di genere
E. Persone anziane	Sostegno al benessere degli anziani e alla loro permanenza nel proprio domicilio
	Assistenza domiciliare e territoriale a persone anziane con fragilità socio-sanitarie e non completamente autosufficienti
	Accoglienza residenziale di persone anziane (autosufficienti e non)

Un apporto prezioso per la preparazione dei documenti di lavoro è stato dato dall'Ufficio statistico del Comune di Roma², che ha fornito informazioni complete, affidabili e recenti sugli aspetti socio-demografici della città.

Il 25 ottobre 2010, presso l'Aula Convegni del Consiglio Nazionale delle Ricerche si è svolto il Convegno "Un Nuovo Piano Sociale per Roma capitale". In questa occasione, a cui ha parteci-

¹ Le tematiche relative alle popolazioni Romane, alle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale dall'autorità giudiziaria e alle tossicodipendenze non sono state oggetto dell'analisi dei gruppi di lavoro, in quanto rientranti nelle competenze specifiche di altri soggetti istituzionali, rispettivamente del Commissario straordinario per l'emergenza nomadi, della Consulta comunale per il carcere e dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze.

² In particolare dalla dott.ssa Barbara Menghi.

pato anche il Sindaco, è stato presentato il percorso di costruzione del nuovo Piano e consegnato un "documento-base" che sintetizzava il lavoro preparatorio. Al Convegno - a cui ha collaborato l'Istituto di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR - hanno partecipato oltre 500 persone tra decisori istituzionali, responsabili di organismi del terzo settore, operatori sociali pubblici e privati, singoli cittadini.

I risultati dei *Gruppi di lavoro* sono stati utilizzati come piattaforma informativa per i "Forum tematici", formati dai principali *stakeholders* del welfare cittadino. Sono stati istituiti cinque *Forum*, nelle stesse aree tematiche individuate per i *Gruppi di lavoro*. I partecipanti ai *Forum* sono individuati sulla base di autocandidature formalmente espresse, anche attraverso la rete internet.

I *Forum* si sono riuniti in diverse occasioni per completare i documenti di lavoro, analizzare i punti di forza e le criticità del sistema cittadino dei servizi sociali, formulare proposte e fornire indicazioni in merito ai servizi e alle prestazioni da considerare "essenziali".

Complessivamente, si sono svolti tra i 4 ed i 6 incontri per singolo *Forum*, intercorsi in circa tre mesi, tra la prima settimana di novembre 2010 e la prima di febbraio 2011.

A fronte di circa 1.200 iscrizioni, nei 23 incontri svolti si è registrata una partecipazione complessiva di più di 1.500 presenze. Di seguito si riportano nel dettaglio i dati sulla partecipazione ai singoli incontri all'interno di ciascun *Forum tematico* (Tab. A.2). Come si può notare, i *Forum* più frequentati sono stati quelli sulla Famiglia e Minori, con 378 presenze e quello sulla Salute, con 350 presenze. Seguono il Forum sugli Anziani con 295 presenze, il Forum sulla Povertà con 287 presenze e quello sull'Immigrazione, con 221 presenze.

In alcuni Forum si è concordato con i partecipanti una suddivisione in sottogruppi. Il Forum sulla Povertà è stato diviso in 3 ambiti (Povertà estreme, Legalità e nuove dipendenze, Violenza di genere); quello sulle persone anziane in 2 ambiti (anziani non o parzialmente autosufficienti, anziani autosufficienti) e quello sulla Salute in 3 ambiti (Salute, Disabilità, Disagio psichico).

Tabella A.2 N° iscritti e presenti agli incontri dei Forum tematici

Forum	1° incontro	2° incontro	3° incontro	4° incontro	Ultimo incontro	TOT.	Iscritti
<i>Famiglia e minori</i>	139	104	70	36	29	378	258
<i>Salute</i>	122	38	51	72	67	350	313
<i>Anziani</i>	121	58	37	42	37	295	210
<i>Povertà</i>	96	109	34	-	48	287	229
<i>Immigrazione</i>	99	63	33	-	26	221	179
Totale	577	372	225	150	207	1.531	1.189

Relativamente all'area di provenienza dei partecipanti (Tab. A.3), considerando i soggetti presenti ad almeno un incontro, si osserva che complessivamente la metà dei partecipanti proviene da organizzazioni del Privato sociale, presenza più marcata nel Forum Famiglia e Minori (60%circa) e meno in quello sulla Povertà (circa 38%). La provenienza dei partecipanti da ambiti lavorativi riconducibili al Comune (Municipi, Dipartimenti, Agenzie comunali) è, complessivamente del 27,2%, quota che arriva a toccare il 38% del Forum sugli Anziani e scende al 22% circa in quelli sulla Salute e sull'Immigrazione.

Tra gli altri ambiti si segnalano la maggiore presenza, rispetto al dato complessivo, di soggetti provenienti dal settore sanitario nel Forum ad esso dedicato, quello della Salute (12% circa, versus il 6,4% del dato complessivo), l'ambito della scuola, dell'università e della ricerca nel Forum

Povert  (17,6%, vs. il 5,4% del dato complessivo) e dei Sindacati nel Forum sugli Anziani (6,8% vs. il 5,4% rilevato a livello totale).

Il lavoro svolto all'interno dei Forum   stato quello della rilettura critica del rispettivo "documento base", in cui venivano analizzati i dati disponibili e maggiormente aggiornati, delle buone pratiche evidenziate e le criticit  emerse in sede di erogazione dei servizi, attraverso una segnalazione/proposta effettuata dagli stessi partecipanti mediante una Scheda Standard appositamente predisposta.

Tale strumento, disponibile on line anche per chi non partecipava attivamente ai Forum, ha consentito di raccogliere informazioni e proposte all'interno di ogni Forum, e consentendo l'integrazione all'interno dei "documenti base".

Tabella A.3 Presenti (ad almeno un incontro) secondo l'ambito di provenienza (%)

	famiglia e minori	salute	anziani	povert�	immigrazione	totale
Privato Sociale	59,8	53,7	43,5	37,9	54,8	50,2
Comune	23,6	22,6	38,1	30,1	22,2	27,2
Sanit�	6,3	11,9	3,4	4,6	4,8	6,4
Scuola, universit�, ricerca	1,7	3,4	1,4	17,6	3,2	5,4
Sindacati	5,2	4,5	6,8	5,2	5,6	5,4
Ipab	0,6	0,6	1,4	0,0	0,8	0,6
Regione e Provincia	0,6	0,6	0,7	1,3	4,8	1,4
Altro	0,6	2,8	0,0	0,0	1,6	1,0
Non specificato	1,7	0,0	4,8	3,3	2,4	2,3
Totale (v.%)	100	100	100	100	100	100
Totale (v.a.)	174	177	147	153	126	777

Complessivamente sono pervenuti via internet 96 contributi scritti (alcuni dei quali redatti da equipis di operatori), di cui 25 al Forum sugli Anziani, 16 in quello sulla Povert , 23 in quello su Famiglia e Minori, 18 nel Forum Salute ed infine 13 in quello dell'Immigrazione.

Per maggiori dettagli su tali integrazioni su vedano i relativi paragrafi, all'interno dei "documenti base" all'interno degli Allegati.

Tab. A.4 N  contributi scritti inviati attraverso internet, per singolo Forum

famiglia e minori	salute	anziani	povert�	immigrazione	altri	totale
23	18	25	16	13	1	96

A.3 I Piani Sociali municipali

La pianificazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali di Roma Capitale si articola su due livelli territoriali: quello cittadino e quello municipale. Al primo corrisponde il Piano Regolatore Sociale, delineato in questo documento; al secondo corrispondono i Piani Sociali Municipali, predisposti e approvati dai singoli Municipi, in coerenza con i principi e le strategie generali definite a livello cittadino e, recepiti con cadenza annuale dalla Giunta Capitolina.

I Municipi promuovono e governano la partecipazione permanente degli attori sociali del territorio attraverso un *Tavolo municipale*, luogo di consultazione, analisi e definizione delle strategie generali, nonch  mediante *Laboratori o Tavoli tematici*, spazi di confronto e di proposta su spe-

cifiche aree di intervento. Promuovono, inoltre, l'attivazione di accordi con Università ed Enti di ricerca per acquisire dati e informazioni utili alla conoscenza approfondita della realtà sociale del proprio territorio.

Il Piano Sociale Municipale, documento programmatico dei servizi e degli interventi del territorio, riguarda l'insieme complessivo dell'offerta di servizi e degli interventi sociali esistente o da implementare nel Municipio, nell'ottica di una effettiva integrazione territoriale dei sistemi, dei servizi e delle risorse.

A prescindere dalle fonti di finanziamento, il Piano Sociale Municipale contiene la programmazione non solo dei servizi e degli interventi promossi dal Municipio (compresi i progetti finanziati dalla legge 285/97; il Piano per l'Affido e gli interventi per la non autosufficienza), ma anche quelli promossi da altri Enti pubblici (ASL, Provincia, Stato, Unione Europea, Scuole, IPAB, ecc.), dalle Parti sociali, dagli organismi del terzo settore, dalle comunità religiose, dai cittadini singoli o associati.

Le *procedure* e i tempi per la preparazione e l'approvazione dei Piani Sociali Municipali sono definite di concerto tra l'Assessorato alle Politiche della Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale e gli Assessori ai Servizi Sociali dei Municipi, congiuntamente con i Direttori e i Dirigenti competenti, nel rispetto della tempistica fissata dalla Regione per la presentazione dei Piani di Zona.

Il compito di gestire e coordinare il processo per la preparazione e la realizzazione del Piano Sociale Municipale è in capo all'*Ufficio di Piano*.

Il Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute garantisce agli Uffici di Piano dei Municipi l'assistenza per la redazione dei Piani, esprime il parere di congruità tecnica sulle proposte di Piano prima della loro presentazione agli organi deliberativi dei Municipi, fornisce informazioni e supporto per lo scambio "orizzontale" e il mutuo apprendimento tra Municipi.

Fatta salva la necessità di procedere a un aggiornamento del Piano regolatore sociale cittadino per mutamenti del contesto o delle risorse o per nuove esigenze dovute al riassetto istituzionale di Roma Capitale, il nuovo PRS ha durata quinquennale ma dovrà comunque prevedere aggiornamenti annuali dei Piani Sociali Municipali.

Sulla base del monitoraggio dell'attuazione dei Piani Sociali Municipali, gli aggiornamenti terranno in considerazione sia lo stato di avanzamento delle azioni e il raggiungimento in itinere degli obiettivi previsti, sia l'effettiva disponibilità delle risorse finanziarie per il periodo di riferimento.

Per favorire una lettura sinottica dell'insieme delle pianificazioni municipali, fatte salve l'autonomia dei Municipi per quanto riguarda i contenuti, le integrazioni e le implementazioni tese a valorizzare le specificità dei singoli territori, i Piani Sociali Municipali devono essere articolati sulla base del seguente modello:

*Modello standard per il Piano Sociale Municipale***Introduzione: Il processo di preparazione, consultazione e concertazione del Piano**

- 1. Contesto territoriale e profilo socio-demografico del territorio e della comunità locale**
- 2. Il capitale sociale e le risorse del Municipio**
- 3. Le domande e i bisogni sociali della popolazione**
- 4. I principi, le finalità e le strategie**
- 5. La programmazione dei servizi e degli interventi sociali**
 - 5.1 Servizi multiutenza e di carattere generale*
 - ✓ servizi d'informazione e orientamento
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
 - 5.2 Servizi e interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale*
 - ✓ la povertà e il disagio sociale
 - ✓ l'immigrazione e l'inserimento sociale
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
 - 5.3 Servizi per la salute e per le persone con disabilità e disagio psichico*
 - ✓ i bisogni di salute
 - ✓ gli interventi per le persone con disabilità
 - ✓ gli interventi per le persone con disagio psichico
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
 - 5.4 Servizi e interventi sociali per le famiglie*
 - ✓ i bisogni delle famiglie
 - ✓ gli interventi
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
 - 5.5 Servizi e interventi per le persone in età evolutiva*
 - ✓ i servizi e gli interventi sociali in favore dei minori
 - ✓ il disagio sociale, il maltrattamento e l'abuso
 - ✓ i provvedimenti delle AA. GG.
 - ✓ i minori accolti in strutture residenziali
 - ✓ il piano per l'affido
 - ✓ i progetti in attuazione della Legge 285/97
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
 - 5.6-Servizi e interventi per le persone anziane*
 - ✓ anziani come risorsa
 - ✓ bisogni sociali delle persone anziane
 - ✓ servizi e gli interventi per le persone anziane
 - ✓ le criticità, gli obiettivi e le priorità
- 6. L'Ufficio di Piano e le azioni di sistema**
 - 6.1 Qualità, monitoraggio e valutazione*
 - 6.2 Riforma dell'accreditamento e dell'assistenza domiciliare*
- 7. L'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche dello sviluppo locale**
 - 7.1 Con il sistema sanitario (PUA)*
 - 7.2 Con il mondo del lavoro e della produzione*
 - 7.3 Con le politiche abitative e del patrimonio*
 - 7.4 Con i sistemi dell'istruzione e della formazione*
 - 7.5 Con i sistemi della sicurezza e della giustizia*
- 8. La programmazione delle risorse**
 - 8.1 Le risorse professionali (area, professione, categoria, tipologia contrattuale, fabbisogno)*
 - 8.2 La dotazione strumentale dei servizi sociali (situazione attuale e fabbisogno)*
 - 8.3 Il fabbisogno formativo per la formazione continua*
 - 8.4 Le criticità, gli obiettivi e le priorità*
 - 8.5 La spesa sociale municipale e le risorse finanziarie disponibili*

Conclusioni: il processo di attuazione e di revisione del Piano

B. GLI SCENARI

B.1 Il contesto internazionale, europeo e nazionale

Le dinamiche che riguardano la costruzione del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali si inquadrano nel contesto internazionale e nelle strategie europee di regolazione del welfare territoriale. Non si tratta solo di considerare gli obiettivi comunitari che trovano nel Metodo Aperto di Coordinamento³ e nei i loro riferimenti programmatici. I processi di unificazione europea influenzano sempre più le *policies* locali di accoglienza e protezione sociale, basti pensare all'impatto che ha avuto sulla città di Roma l'ampliamento dell'Unione Europea verso i Balcani.

I fattori che devono essere considerati nella pianificazione sociale di Roma Capitale sono molteplici. Si va dagli effetti della crisi economico-finanziaria, con le sue ricadute in termini di aumento dei bisogni sociali e di riduzione delle risorse pubbliche, ai mutamenti accelerati in alcuni flussi migratori; dai diversi modelli di welfare che influenzano sempre più la cultura assistenziale italiana, ai programmi di inclusione sociale finanziati con i fondi strutturali. E gli esempi si potrebbero moltiplicare. Di tutto questo si dovrà tener conto, sullo sfondo, se si vuole pianificare un sistema in grado di affrontare le sfide di un mondo sempre più globalizzato.

A livello europeo, le politiche sociali si inquadrano nella nuova strategia "Europa 2020", promossa dalla Commissione europea (Comunicazione del 3 marzo 2010) e adottata formalmente dal Consiglio di primavera del 2010⁴. Il raggiungimento degli obiettivi della strategia è affidato ad un mix di azioni e politiche da parte della Commissione europea e degli Stati membri, nell'ambito delle rispettive programmazioni nazionali di misure di riforma. Le istituzioni europee hanno inoltre avviato un dibattito sul tema del monitoraggio e della valutazione delle politiche economiche e strutturali, ritenuti elementi chiave della strategia. Perciò ci si è concentrati sull'utilizzo di un set di indicatori, che dovranno servire come strumenti per misurare e valutare le ricadute concrete sul territorio al fine di garantire il massimo avvicinamento possibile ai cinque obiettivi prioritari:

1. *Occupazione*: almeno il 75% delle persone tra i 20 ed i 64 anni deve avere un impiego.
2. *Ricerca e innovazione*: almeno il 3% del PIL europeo (spesa pubblica e privata combinate) dovrebbe essere dedicato ad investimenti nel settore
3. *Cambiamento climatico ed energia*: le emissioni di gas serra dovrebbero diminuire del 20% (o del 30% nel caso si verificassero condizioni adeguate) rispetto ai valori del 1990; inoltre, bisogna raggiungere una quota di uso da fonti rinnovabili pari ad almeno il 20% dell'ammontare totale di consumi energetici; infine, bisogna aumentare di almeno il 20% l'efficienza energetica.

³ Il metodo di coordinamento aperto è stato creato nel quadro della politica dell'occupazione e del processo di Lussemburgo. Esso è stato definito quale strumento della strategia di Lisbona (2000), per far convergere le politiche nazionali verso obiettivi comuni. Contestualmente a questo metodo intergovernativo gli Stati membri sono valutati da altri Stati membri e la Commissione si limita a svolgere un ruolo di sorveglianza. Il metodo di coordinamento aperto funziona in ambiti che rientrano nella competenza degli Stati membri quali l'occupazione, la protezione sociale, l'inclusione sociale, l'istruzione, la gioventù e la formazione. Esso si basa essenzialmente sull'identificazione congiunta degli obiettivi da raggiungere; strumenti di misura comuni (statistiche, indicatori, linee guida); trasmissione alla Commissione di Piani nazionali elaborati dagli Stati membri; analisi comparativa dei risultati degli Stati membri e lo scambio di pratiche ottimali.

⁴ http://ec.europa.eu/europe2020/index_it.htm

4. *Educazione*: bisogna ridurre il tasso di abbandono scolastico al di sotto del 10%, e almeno il 40% delle persone tra i 30 ed i 34 anni dovrebbero aver completato un percorso educativo di terzo livello (laurea o simile).
5. *Povertà ed esclusione sociale*: bisogna diminuire di almeno 20 milioni il numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale.

La trasposizione negli ordinamenti nazionali dei cinque obiettivi prioritari, che dovrebbe garantire un'implementazione della strategia *Europa 2020* flessibile ed adeguata alle specificità nazionali ed al livello di ambizione di ogni singolo Stato membro rispetto alle finalità strategiche condivise, è frutto di un dialogo tra governi nazionali e Commissione europea, che assieme ne valutano la coerenza. Gli obiettivi nazionali sono elencati nei *Programmi Nazionali di Riforma*, presentati nel mese di aprile alla Commissione⁵.

A livello nazionale, la Legge 8 novembre 2000 n. 328⁶ disegna i principi, gli obiettivi e le regole di funzionamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Essa porta a compimento e inserisce in un quadro unitario un percorso normativo più che decennale, che aveva precedentemente definito singoli ambiti del welfare, sia dal punto di vista dei destinatari degli interventi (persone con disabilità, tossicodipendenti, immigrati, minori, ecc.), sia da quello degli attori sociali coinvolti nella programmazione e realizzazione degli interventi (volontariato, cooperazione sociale, ONLUS, associazionismo di promozione sociale).

Questo impianto normativo rimanda a successivi passaggi attuativi, prevedendo una serie di decreti e/o atti di indirizzo da parte del governo. Sono alcuni di questi che sono stati però effettivamente approvati⁷. Non sono stati invece realizzati dispositivi importanti previsti dalla legge, come il decreto sulle professioni sociali, quello sul sistema informativo sociale, il riordino degli emolumenti per le invalidità, ecc.. Si tratta di misure la cui mancanza ha determinato un forte rallentamento nel percorso attuativo della legge.

L'attuazione della legge 328/00 è stata influenzata dalla riforma costituzionale⁸, che riserva la materia dei servizi sociali all'esclusiva competenza delle Regioni. Lo Stato invece ha il compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Spetta dunque ad una legge dello Stato definire tali livelli, ma purtroppo la previsione costituzionale non è stata ancora attuata.

E' inoltre importante sottolineare quanto previsto dal nuovo articolo 118 della Costituzione in merito al ruolo attivo dei cittadini, singoli e organizzati, nello svolgimento di funzioni di interesse pubblico. La Carta costituzionale richiede una piena assunzione, da parte di tutti i livelli istituzionali, del principio della "sussidiarietà orizzontale" tra poteri pubblici e dimensione civica. Tale indicazione non comporta un arretramento delle responsabilità istituzionali, quanto piuttosto l'integrazione di queste con quelle dei cittadini, per la promozione e la tutela del bene comune.

Più recentemente, le politiche nazionali sul welfare sono state definite nel "*Libro bianco sul futuro del modello sociale*"⁹ e nel "*Piano d'Azione Nazionale*"¹⁰. Si rimanda pertanto a tali documen-

⁵ Il PNR italiano, approvato nella versione dettagliata il 13 aprile 2011, è reperibile sul sito www.politichecomunitarie.it

⁶ Pubblicata sulla G.U. n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186.

⁷ Piano Sociale Nazionale 2001-2003; Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona; Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

⁸ Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"

⁹ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, *La vita buona nella società attiva*, 2008.

¹⁰ Cfr. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale*, 2008.

ti l'analisi del quadro di riferimento nazionale. Ulteriori informazioni ufficiali sono contenute nel "Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010"¹¹ e nell'indagine Istat sulle spese dei comuni destinate alle attività socio-assistenziali.

B.2 Le politiche regionali

A livello regionale, si deve registrare una sostanziale staticità rispetto alle riforme introdotte dalla legge 328. La legge regionale di riferimento¹² infatti, approvata nel 1996, non è mai stata aggiornata. Un recente disegno di legge predisposto dalla precedente Consiliatura non ha concluso l'iter di approvazione. La nuova Amministrazione regionale ha riavviato il processo di elaborazione di una nuova legge regionale che ha dato i primi frutti con la deliberazione della Giunta Regionale n° 288 del 17.6.2011. Si ipotizza quindi in un prossimo percorso di condivisione con gli interlocutori istituzionali e in un rapido approdo in sede di Consiglio.

Anche sul versante programmatico si riscontra una carenza di indicazioni. L'unico Piano socio-assistenziale approvato dalla Regione infatti risale al 1999¹³. Le diverse programmazioni sociali elaborate finora, con il relativo riparto dei fondi, sono state attuate con Delibere della Giunta regionale.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale di Roma costituisce un'occasione importante per affermare un più incisivo raccordo con la Regione Lazio per un diverso impianto del sistema di welfare locale, in particolare nell'ambito dell'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e quelli sanitari.

B.3 Il contesto cittadino

La legge 42/09 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale) ha introdotto un nuovo ordinamento per Roma Capitale (art. 24). Tale normativa, attualmente in fase di attuazione, determinerà conseguenze importanti nell'architettura e nel funzionamento del sistema locale dei servizi sociali, in quanto dovrà ridefinire le competenze e le funzioni degli organi amministrativi di "Roma capitale" e dei Municipi.

La graduale attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42 trova nell'approvazione del Decreto Legislativo 17 settembre 2010 n. 156 il concreto avvio del percorso di avvicinamento del Comune di Roma ai nuovi assetti istituzionali della Città metropolitana di Roma Capitale della Repubblica. Tale percorso produrrà sostanziali cambiamenti nell'assetto amministrativo ed organizzativo della città ed è perciò del tutto evidente che il nuovo Piano Regolatore Sociale dovrà essere predisposto in sinergia con gli organi dell'amministrazione capitolina deputati a gestire il percorso istitutivo di Roma Capitale.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale costituisce un tassello fondamentale del Progetto Millennium¹⁴, che ha lo scopo di avviare una riflessione sul futuro di Roma, individuando le direttrici strategiche che orientano decisioni, risorse ed energie nei prossimi anni. Il processo di riflessione sullo sviluppo della città è disegnato nel *Piano Strategico 2010-2020*. Per condividere questo

¹¹ A cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2010.

¹² Legge Regionale 9 settembre 1996 n. 38.

¹³ Delibera del Consiglio Regionale n. 591 del 1 dicembre 1999.

¹⁴ www.statigeneraliroma.it

percorso, nel mese di febbraio 2011 sono stati organizzati gli "*Stati Generali della città di Roma*".

In questo contesto, la Commissione per il futuro di Roma Capitale, istituita dal sindaco Alemanno, ha coinvolto esperti in materia di economia, territorio, urbanistica, infrastrutture, archeologia, cultura, turismo, sport, al fine di individuare gli snodi principali dello sviluppo della città nei prossimi anni. I lavori della Commissione hanno prodotto decine di progetti su diverse aree tematiche, tra cui alcuni nell'ambito dell'obiettivo "Ridurre il disagio sociale e tutelare le fasce deboli", di cui si è tenuto conto nella preparazione del presente documento.

Nell'ambito dei numerosi progetti pilota presentati in quell'occasione, ha assunto una rilevanza notevole il progetto presentato dall'assessorato alle politiche sociali riguardante la definizione di una quota di livelli essenziali delle prestazioni sociali (Liveas o Leps).

Il progetto prevede, unico esempio in Italia, la trasformazione dello status giuridico di alcuni servizi essenziali da quello attuale di "interesse legittimo" a quello di "diritto soggettivo", sul modello delle prestazioni sanitarie.

Lo strumento attuativo di questo percorso virtuoso sarà la creazione di un "fondo unico" vincolato alla copertura finanziaria dei servizi da definire "essenziali".

C. I PRINCIPI E LE FINALITÀ GENERALI¹⁵

C.1 I principi

L'azione socio-assistenziale promossa dal Comune di Roma si fonda sul riconoscimento della *dignità inalienabile di ogni persona e dei suoi diritti*. In particolare, il Comune di Roma assume come propri i principi contenuti negli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione e negli articoli 1 e 2 della legge 328/00, impegnandosi - nell'ambito delle proprie competenze e in sinergia con le altre Istituzioni della Repubblica - ad assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali per prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

Le prestazioni sociali, secondo i livelli essenziali determinati dalla normativa e compatibilmente con le risorse disponibili, sono rivolte a tutti i cittadini che si trovano in condizione di bisogno, senza alcuna discriminazione, assicurando l'uguaglianza sociale sia nella distribuzione dei servizi e delle risorse, sia nell'accesso alle prestazioni, dando priorità ai soggetti che versano in condizioni di maggior bisogno.

Roma Capitale adotta le misure necessarie per assicurare il più alto livello possibile di equità sociale, sia per quanto riguarda la distribuzione dei servizi e delle risorse, sia per ciò che concerne l'accesso alle prestazioni. A tal fine, il nuovo Piano Regolatore Sociale prevede, in via generale, la compartecipazione parziale o totale ai costi dei servizi sociali da parte degli utenti o delle loro famiglie, a seconda delle loro disponibilità economiche, fatti salvi i casi previsti per l'esclusione da tale obbligo.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale si propone di superare una concezione "pauperista" dei servizi sociali che li concepisce come spesa improduttiva. Promuove perciò un approccio che li coglie come investimento per la crescita del "capitale sociale" della città. In particolare, il nuovo Piano intende realizzare interventi in grado di promuovere l'autonomia delle persone, delle famiglie e dei gruppi sociali, superando i rischi dell'assistenzialismo, che genera dipendenza e passività.

La storia della Città di Roma è intessuta di accoglienza e solidarietà. Si tratta di un vero e proprio patrimonio, non meno importante di quello culturale, ereditato da secoli di impegno civile e religioso di migliaia uomini e donne di tutti i ceti sociali e provenienti dai territori più diversi. Questa "buona tradizione" è la base di partenza per continuare a costruire, con nuove risorse, un sistema di protezione e di assistenza solidale, moderno ed efficace.

Roma Capitale riconosce, sostiene e valorizza l'autonoma iniziativa e il coinvolgimento diretto di tutti quei soggetti (cittadini, famiglie, corpi sociali intermedi, nonché organizzazioni e imprese private) che a vario titolo e con diverse responsabilità partecipano alla costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, tra le cui finalità c'è anche la promozione della solidarietà sociale, tenuto conto dei principi di sviluppo locale, di welfare comunitario, sussidiarietà e corresponsabilità sociale.

Il nuovo Piano si pone in un'ottica di "innovazione nella continuità". L'impegno a rinnovare il sistema dei servizi sociali della città, a renderlo più efficiente e a migliorare gli interventi non si traduce in un mancato riconoscimento della "solidità" e della validità delle risposte che la cittadi-

¹⁵ I principi e le finalità descritte in questo capitolo sono state individuate sulla base delle Linee Guida emanate dall'Assemblea Capitolina con Deliberazione n. 29 del 16 Dicembre 2010 (in allegato).

nanza e le istituzioni romane hanno costruito sul territorio nei decenni e in qualche caso anche nei secoli scorsi.

È invece da guardare con simpatia la lunga e ricca storia di impegno civico con cui si è concretizzata nella "città eterna" l'attenzione e la cura alle persone più fragili. Ne sono rimaste tracce importanti, non solo nelle opere e nelle organizzazioni che vantano una lunga tradizione di assistenza, ma anche nell'umanità degli atteggiamenti e nei saperi diffusi delle famiglie, delle formazioni sociali, del volontariato romano.

Roma Capitale, riconoscendo che i servizi sociali dell'amministrazione comunale sono solo una parte – seppur importante e necessaria – del più vasto sistema di protezione e di assistenza sociale, intende valorizzare e sostenere concretamente l'autonoma iniziativa sociale dei cittadini, delle famiglie, dei corpi sociali intermedi e delle altre Istituzioni, sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale si fonda su un approccio multistakeholder, che prevede la partecipazione attiva dei rappresentanti di diversi settori e interessi in tutte le fasi di costruzione e realizzazione del sistema. Alla base c'è il concetto di corresponsabilità: sono infatti diversi i soggetti (famiglia, scuola, associazionismo, cooperazione sociale, volontariato, comunità religiose e altri corpi sociali) chiamati ad esercitare il diritto-dovere dell'assistenza e della tutela dei membri più deboli della comunità locale. Per tale motivo, il Piano intende promuovere sinergie con le forze attive della città, chiamando alla propria responsabilità sociale anche le imprese, pubbliche e private.

Il nuovo Piano intende sviluppare il lavoro di rete e l'integrazione delle politiche sociali non solo con quelle sanitarie, ma anche con quelle dell'istruzione e della formazione, del lavoro, della casa, della sicurezza, delle pari opportunità. Nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, il Comune riconosce, agevola e sostiene il ruolo delle cooperative, associazioni ed enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

Roma Capitale, in tutti i casi in cui ciò è possibile e opportuno, intende ampliare la libertà di scelta dei servizi da parte dei cittadini. A tal fine introduce misure regolative finalizzate a favorire la libera e corretta concorrenza di tutti i soggetti in grado di offrire servizi di qualità a condizioni economicamente vantaggiose per i cittadini.

L'attenzione alla dignità e alla diversità di ogni persona esige che siano prese in considerazione e sostenute professionalmente le scelte riguardo agli interventi o prestazioni di cui si ha bisogno, senza proporre o accettare deleghe, né prolungare supplenze inappropriate. Se si insiste su questo punto è perché non si possono sottovalutare i rischi di un'assistenza meramente burocratica, che può facilmente tradursi in un "maternage" deresponsabilizzante di servizi autoreferenziali.

L'evoluzione demografica e le tendenze socio-economiche in atto rendono sempre più urgente il tema della sostenibilità del sistema di protezione sociale. È necessario rendere il sistema dei servizi e degli interventi sociali sempre più solido e stabile, in cui i cittadini possano contare con prestazioni di qualità, ma, data la limitatezza delle risorse pubbliche, ciò deve avvenire compatibilmente con i finanziamenti effettivamente disponibili sul medio-lungo periodo.

In questo contesto, nell'ambito del nuovo Piano saranno adottate le misure necessarie non solo per evitare sprechi e diseconomicità, ma anche per adeguare le risorse disponibili, ampliando il ventaglio delle fonti finanziarie e favorendo circuiti positivi (effetto-leva, effetto-moltiplicatore, diffusione di buone prassi, ecc.).

C.2 Le finalità generali

Il nuovo Piano Regolatore Sociale ha l'obiettivo di far evolvere l'insieme dei servizi e degli interventi sociali verso un vero e proprio "sistema cittadino", articolato e coerente, in grado di generare sinergie finalizzate al benessere delle persone e delle famiglie che vivono a Roma, ed in particolare a prevenire e superare le situazioni di maggior disagio.

La finalità del nuovo Piano Regolatore Sociale è dunque quella di proseguire nei processi di attuazione della legge 328/2000, razionalizzando il sistema dei servizi, rendendolo più efficiente, sostenibile ed equo. In particolare, intende predisporre un'offerta equilibrata di servizi e prestazioni sociali, distribuiti equamente in tutti i quartieri, in modo da rispondere in modo coerente ai bisogni dei cittadini, assicurando livelli quantitativi e qualitativi omogenei.

Il nuovo Piano, che vuole essere uno strumento concreto e pragmatico, intende muoversi sulle seguenti direttrici strategiche:

1. Stabilizzazione e consolidamento dei servizi sociali essenziali.
2. Estensione di tali servizi ad una platea più ampia degli aventi diritto, compatibilmente con le risorse disponibili.
3. Definizione sperimentale e graduale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali che, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, dovranno essere assicurate in modo uniforme su tutto il territorio di Roma Capitale (nelle more dei provvedimenti che lo Stato assumerà a livello nazionale in questo campo).
4. Approccio strategico, con interventi mirati all'aumento della qualità; alla semplificazione delle procedure; al miglioramento dell'efficienza, mediante un'adeguata architettura organizzativa ed un riparto razionale ed equo delle risorse umane e finanziarie.
5. Avvio di programmi e progetti innovativi, in grado di rispondere in modo appropriato ai nuovi bisogni sociali di una città in rapida evoluzione.

L'attuale sistema, infatti, si configura strutturalmente come *emergenziale e reattivo*: a partire dall'accettazione acritica dei servizi "storici", si tende inevitabilmente ad incrementarli, sulla base di pressioni interne ed esterne. Ciò porta ad un aumento progressivo dei servizi e dei relativi costi, a rischi di inappropriatazza e ingiustizia. Si tratta di un approccio che dà scarso valore all'azione preventiva, al metodo della programmazione, alla conoscenza dei dati, al rapporto costo-benefici, al controllo di gestione, alla valutazione.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale costituisce per la città l'occasione propizia per "un salto di qualità" del welfare locale, superando l'approccio tradizionale con un vero e proprio cambio di paradigma, *centrato sul rapporto tra i bisogni della popolazione e l'offerta territoriale dei servizi e delle opportunità*.

In questo quadro, le finalità generali del nuovo Piano Regolatore Sociale, nell'ambito delle Linee di indirizzo dell'Assemblea Capitolina, possono essere descritte sinteticamente nel seguente modo:

1. *migliorare i dispositivi di prevenzione*
2. *aumentare l'efficacia degli interventi*
3. *assicurare un accesso più equo ai servizi*
4. *costruire un sistema realmente sussidiario*
5. *modernizzare e rendere più efficiente il sistema*

Finalità n. 1: migliorare i dispositivi di prevenzione

Già il DPR 616 fin dal 1977 indicava tra i compiti degli Enti locali l'adozione di misure di prevenzione del disagio. Purtroppo questo impegno ha trovato finora scarsa attuazione nel sistema dei servizi e degli interventi sociali. Ciò è causa di conseguenze negative: si interviene spesso su situazioni di emergenza, con interventi tardivi e onerosi, comunque insufficienti alla luce dei bisogni espressi. La costruzione di una rete di interventi atti a conoscere aree e rischi di disagio, la diffusione di informazioni idonee a rendere consapevoli servizi e cittadini di tali rischi, la previsione delle manifestazioni di sofferenza mediante reti in grado di intercettarne le manifestazioni iniziali costituiscono, oltre che un atto dovuto per legge, anche lo strumento più utile per eliminare o comunque limitare la produzione di danni talvolta irreversibili.

Finalità n. 2: aumentare l'efficacia degli interventi

Per molto tempo si è centrata l'attenzione solo sulla domanda esplicita e sull'utenza in entrata (liste d'attesa). Ora è necessario spostare il baricentro della "filiera" dei servizi, mettendo l'accento sia sui bisogni non espressi e "sommersi", sia sull'efficacia e sulla velocizzazione dei processi, in modo da rendere più tempestiva l'uscita dal circuito assistenziale (ovviamente nei casi in cui ciò sia realisticamente possibile). In questa direzione vanno alcune iniziative prese da Roma Capitale, come il progetto "RETIS" - Rete di Inclusione Sociale, nonché la riserva alla cooperazione sociale (di tipo B) del 5% degli appalti di beni e servizi da parte del Comune e delle società di scopo partecipate. Solo un più incisivo raccordo con il mondo del lavoro può favorire l'uscita dai circuiti dell'assistenza, mediante metodologie in grado di generare un aumento delle capacità della persona in difficoltà e lo sviluppo delle risorse del contesto in cui vive.

Finalità n. 3: assicurare un accesso più equo ai servizi

Non si tratta di agire solo sul versante dell'efficacia. Il nuovo Piano si prefigge anche una *maggiore equità nella disponibilità e nell'accesso ai servizi*. Per ottenere questo risultato si porrà mano alla revisione dei criteri di riparto delle risorse umane e finanziarie. In questo ambito spesso prevale la "logica del precedente", con rischio di ritardi nell'adeguamento dei servizi ai reali bisogni della popolazione, oppure di perpetuare e aggravare situazioni paradossali di carattere discriminatorio. L'obiettivo da raggiungere è quello di assicurare gli stessi livelli essenziali di prestazioni - dal punto di vista della quantità e della qualità - a tutti i cittadini che hanno i medesimi bisogni sociali, a prescindere dal quartiere o dal Municipio in cui vivono. A questo scopo si evidenzia come prioritaria la necessità di attuare rapidamente una riforma dell'attuale sistema di assistenza domiciliare. La riforma dovrà prevedere, in sintesi:

- l'individuazione del bisogno quale elemento equalizzatore, sia qualitativo che quantitativo, dei livelli di assistenza
- definizione di costi standard equiparabili nei Municipi
- progressiva equalizzazione dei livelli di copertura (rapporto tra assistiti e potenziali fruitori) su tutti i Municipi
- creazione di un sistema di accreditamento su base cittadina
- omogeneizzazione delle procedure e dei criteri di presa in carico
- previsione di una fase autorizzativa che consenta agli organismi del terzo settore di esercitare attività di natura privatistica su modelli prestazionali ed economici validati dall'amministrazione
- riduzione delle liste di attesa, anche mediante forme innovative di intervento.

Finalità n. 4: costruire un sistema realmente sussidiario

Nel welfare locale, il Comune ha un ruolo insostituibile, ma è solo uno degli attori. Il sistema si regge solo se ed in quanto tutti assumono le loro responsabilità e mettono in campo le risorse di

cui dispongono. In questa logica l'Ente locale assume il ruolo di "committente principale", capace di promuovere una leale e fattiva collaborazione con la Sanità, la Giustizia, le IPAB, le fondazioni, la cooperazione sociale, le imprese, l'associazionismo e il volontariato. All'interno dell'Amministrazione comunale, poi, l'Assessorato preposto alla promozione dei servizi sociali e della salute si pone come "perno" con le altre politiche di sviluppo urbano (istruzione, formazione e lavoro, sicurezza, patrimonio, risorse umane, ecc.).

In una cultura che da sempre assegna alle famiglie un compito importante di cura dei suoi membri più fragili, è importante soprattutto collegare le politiche sociali con le politiche familiari. Il Terzo Settore deve essere aiutato ad assumere un ruolo più autonomo e incisivo, superando il rischio di appiattimento nei confronti della Pubblica Amministrazione; ciò anche in considerazione dell'evoluzione che sta caratterizzando la cooperazione sociale, che sempre più si dimostra in grado di assumere una specifica cultura di impresa, capace di coniugare in modo originale le esigenze del mercato con la solidarietà sociale, in un'alleanza libera e dinamica con la mission delle Istituzioni.

Il nuovo Piano si propone come uno strumento per un nuovo "*Patto per la crescita del Capitale sociale della Città*", in cui valorizzare e sviluppare il patrimonio di esperienze e di solidarietà delle famiglie e la variegata e dinamica presenza delle istituzioni, delle parti sociali, degli organismi no profit, delle organizzazioni caritative della Chiesa cattolica e di altre confessioni religiose.

Finalità n. 5: modernizzare e rendere più efficiente il sistema

Il sistema dei servizi sociali, nella logica "incrementale" che lo caratterizza, porta con sé una dose notevole di inefficienza. Bisogna accelerare i processi di miglioramento del sistema, mediante la razionalizzazione dei regolamenti, la semplificazione delle procedure e la standardizzazione degli strumenti. E' questo un compito non facile, che può essere svolto solo con un'alleanza positiva tra le professioni amministrative e quelle sociali.

Un aspetto che sarà attentamente controllato è quello dell'analisi dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni (come visto per la riforma dell'assistenza domiciliare): solo se questo avviene assume un senso l'analisi dei costi standard delle stesse prestazioni, così come previsto dalla legge sul "federalismo fiscale". In caso contrario, si rischia di confrontare (e quindi standardizzare) i costi unicamente sulla base del prezzo, senza valutare il rapporto costi/benefici e quindi la reale economicità dell'intervento.

L'aumento dell'efficienza non può andare a scapito della qualità. Per questo saranno utilizzate metodologie improntate sulla programmazione e sul controllo dei processi e dei risultati, valorizzando la "cultura del dato", con un'analisi attenta dei bisogni sociali e dell'offerta dei servizi. L'ampliamento della platea dei fornitori di servizi potrà contribuire alla selezione dei migliori gestori, con una ben regolata concorrenza, in grado di garantire il miglior rapporto costo-benefici, salvaguardando il diritto di scelta e di continuità assistenziale dell'utente. Inoltre sarà incentivata la cultura del monitoraggio e della valutazione dei processi e dei risultati, identificando indicatori oggettivamente controllabili.

In questo contesto, è di fondamentale importanza un'informazione completa, affidabile e tempestiva. I diversi flussi informativi oggi esistenti saranno integrati in un Sistema Informativo Sociale centralizzato, informatizzando i sistemi di raccolta, archiviazione e gestione dei dati.

Dal punto di vista operativo, in tale direzione vanno due processi già avviati da Roma Capitale:

- la trasformazione della Fondazione "Dopo di noi" nella Fondazione "Roma solidale", che prevede l'ampliamento del campo di intervento della Fondazione stessa, salvaguardando al contempo le finalità inizialmente previste; è previsto infatti che la Fondazione diventi

uno stimolatore di processi virtuosi di produzione di welfare innovativo, reperendo risorse esterne non direttamente afferenti al Bilancio di Roma Capitale. Inoltre la Fondazione, nelle sue attività di supporto alle azioni tipiche dipartimentali, dovrà contribuire operativamente al processo di promozione del Terzo Settore e del volontariato, promuovendo il dialogo e la programmazione interistituzionale in un'ottica di pari dignità fra i soggetti partecipanti alle politiche di welfare.

- il coinvolgimento attivo delle IPAB operanti nel settore dei servizi sociali, mediante la costituzione di un Tavolo permanente di coordinamento e co-progettazione, per una più diretta assunzione di responsabilità delle IPAB nel sistema cittadino dei servizi sociali, sostenendo la loro evoluzione normativa (di competenza della Regione Lazio) ed organizzativa (ad esempio attraverso accorpamenti e fusioni).

Queste finalità, pur essendo ambiziose, sono comunque realistiche. Il loro raggiungimento sarà reso più agevole se si realizzeranno alcune condizioni, che non dipendono solo dalle decisioni dell'Amministrazione comunale. Se ne possono enumerare alcune:

- ✓ attuazione lineare del percorso istitutivo di "Roma capitale";
- ✓ definizione a livello nazionale degli obblighi dell'assistenza sociale pubblica, cioè dei "livelli essenziali" delle prestazioni sociali (LEP) previsti dalla Costituzione e dalla legge 328;
- ✓ previsione delle risorse finanziarie esterne a Roma Capitale (ad es. trasferimenti dalla Regione o dallo Stato) disponibili con buoni margini di anticipazione e di certezza, relativi a tempi congrui (almeno triennali) e con trasferimenti tempestivi;
- ✓ definizione dei profili professionali dell'area sociale e realizzazione di programmi di aggiornamento e di formazione continua degli operatori e dei dirigenti;
- ✓ convinta e attiva partecipazione di tutti gli attori sociali del territorio ai processi di miglioramento dei servizi e degli interventi sociali.

D. IL PROFILO DEMOGRAFICO DELLA CITTÀ

Questa sezione, che presenta i dati e le tendenze demografiche in atto nella città di Roma non sono un semplice "corollario" del documento, ma costituiscono la base su cui fondare l'analisi dei bisogni sociali della popolazione. Le principali dinamiche di tipo socio-demografico che influenzano il welfare locale possono essere riassunte nelle seguenti evidenze:

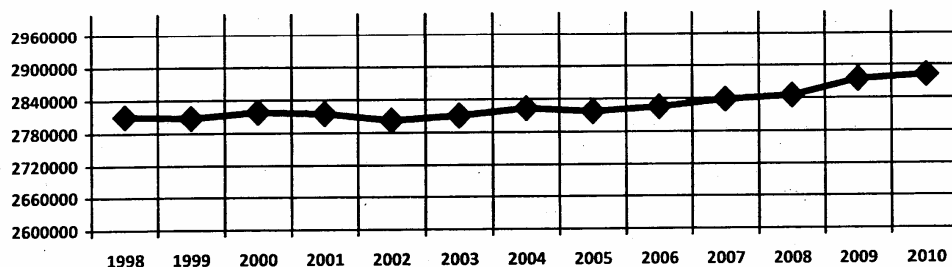
- ✓ una persistente bassa natalità (solo parzialmente compensata dall'aumento delle famiglie straniere), che non assicura il ricambio della popolazione, destinata - se non intervengono eventi ad oggi imprevedibili - a ridursi drasticamente nei prossimi decenni;
- ✓ il crescente numero di persone in età molto avanzata, con le prevedibili conseguenze in termini di non autosufficienza e di dipendenza;
- ✓ l'aumento dell'età media della popolazione, che comporta anche un'età più elevata delle persone con responsabilità di cura e di assistenza in ambito familiare e sociale;
- ✓ il flusso costante di immigrati, che insieme con la crescita degli stranieri di seconda generazione produce una sempre maggiore incidenza della popolazione immigrata;
- ✓ la continua "periferizzazione" delle famiglie giovani, della popolazione povera ed immigrata;
- ✓ la fragilità delle relazioni familiari e la tendenza all'*atomizzazione* della famiglia, con un indebolimento delle sue tradizionali capacità di "prendersi cura" dei suoi membri più fragili.

Con questi fenomeni, tra loro strettamente correlati, Roma deve "fare i conti", adottando un sistema di servizi capace di fronteggiare le nuove sfide. È questa la ragione per cui si è voluto dare un ampio spazio alle dinamiche demografiche, per "guardarle da vicino".

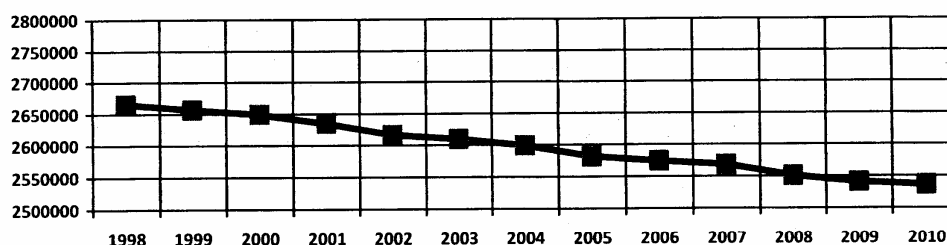
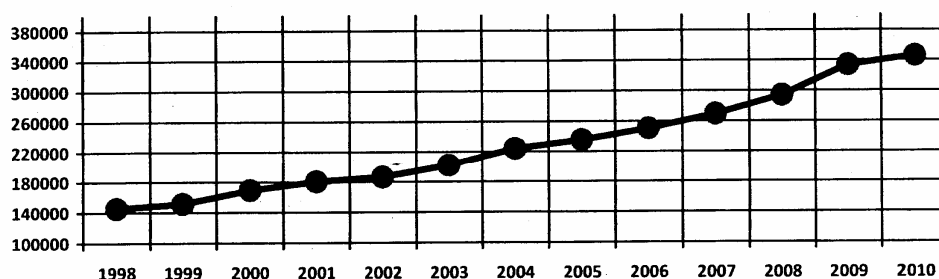
D.1 La popolazione residente¹⁶

Al 31 dicembre 2010 i residenti a Roma erano 2.882.250, di cui 47,39% maschi e 52,61% femmine. In realtà, nelle prime classi di età i maschi sono più numerosi. Più si alza l'età, però, più aumenta l'incidenza percentuale delle femmine, fino ad arrivare al 62,4 % nella popolazione con 75 anni o più. Si tratta di una popolazione che, quantitativamente, nell'ultimo decennio è rimasta sostanzialmente stabile. La sensibile diminuzione della popolazione italiana è stata infatti riequilibrata dall'aumento della componente straniera (Grafici 1, 2 e 3).

Grafico D.1 Popolazione totale iscritta in anagrafe: periodo 1998-2010



¹⁶ I dati presentati in questa sezione, ove non diversamente indicato, provengono dall'Ufficio Statistica e Censimento di Roma Capitale. In questa sezione si utilizzano i dati disponibili più recenti. Se non diversamente specificato, i dati sono aggiornati al 31 Dicembre 2010.

Grafico D.2 Popolazione italiana iscritta in anagrafe: periodo 1998-2010**Grafico D.3 Popolazione straniera iscritta in anagrafe: periodo 1998-2010**

La distribuzione territoriale

Come è noto, la città è suddivisa attualmente in 19 Municipi¹⁷, di cui solo due (3° e 17°) con una popolazione inferiore ai 100.000 abitanti. Tre Municipi (4°, 8° e 13°) superano i 200.000 residenti.

Comprendibilmente, i Municipi più centrali riportano i valori più elevati di densità abitativa¹⁸, che in qualche caso sfiora i 157 ab/ha (9°), mentre quelli posti nel corollario esterno con la tipica forma “a spicchio” con il vertice rivolto verso il centro registrano una minore densità.

La componente straniera

Come si è visto, l'incidenza della popolazione straniera su quella italiana è andata costantemente aumentando, come del resto in tutto il Paese. Dal 1998 al 2010 gli stranieri residenti¹⁹ sono più che raddoppiati, passando da 145.289 a 345.747. In termini percentuali, l'incidenza nello stesso periodo è passata dal 5% al 12% del totale dei residenti (quasi il doppio della media nazionale). Roma si conferma quindi una tra le città con le più alte incidenze di stranieri.

¹⁷ I Decreti attuativi della Legge 42/09 prevedono la loro riduzione a 15.

¹⁸ Il tasso di densità abitativa è dato dal rapporto tra numero di abitanti e superficie su cui insistono, espressa in ha.

¹⁹ Ci si riferisce ai soggetti stranieri iscritti all'anagrafe e regolarmente soggiornanti. Al riguardo bisogna tener conto che per soggiornanti si intendono coloro che posseggono un titolo di soggiorno valido al momento della rilevazione e che pertanto possono essere sottostimati rispetto alle presenze effettive nel territorio comunale poiché i minori stranieri iscritti sul permesso di soggiorno dei genitori non vengono conteggiati, così come gli stranieri in attesa di rinnovo del permesso. I residenti (o iscritti in anagrafe), invece, possono essere sottostimati in quanto non tutti i soggiornanti hanno i requisiti (per esempio la residenza fissa) o intenzione (per esempio per scelte di breve periodo) per effettuare l'iscrizione anagrafica.

La popolazione straniera nel suo processo di stabilizzazione tende a divenire parte strutturalmente significativa della cittadinanza. I dati ci parlano di un'immigrazione romana che si sta *territorializzando*, è una popolazione, cioè, che aumenta il proprio tasso di residenzialità e la lega sempre di più, sia come vita privata che come attività, al territorio in cui vive e lavora.

Il principale fattore di incremento sono stati gli iscritti in anagrafe dall'estero, ma contribuiscono in modo rilevante anche le nuove nascite. Al 1° Gennaio 2010, il 12,2% dei residenti stranieri, pari a 39.133 persone, è nato in Italia (3.375 nel solo 2009).

Alla stessa data i minorenni stranieri sono complessivamente 48.294, e di essi la maggior parte è nata a Roma. Parallelamente, sono 3.085 gli stranieri che nel 2009 hanno acquisito la cittadinanza italiana, tre volte in più di quanto accadesse 10 anni fa.

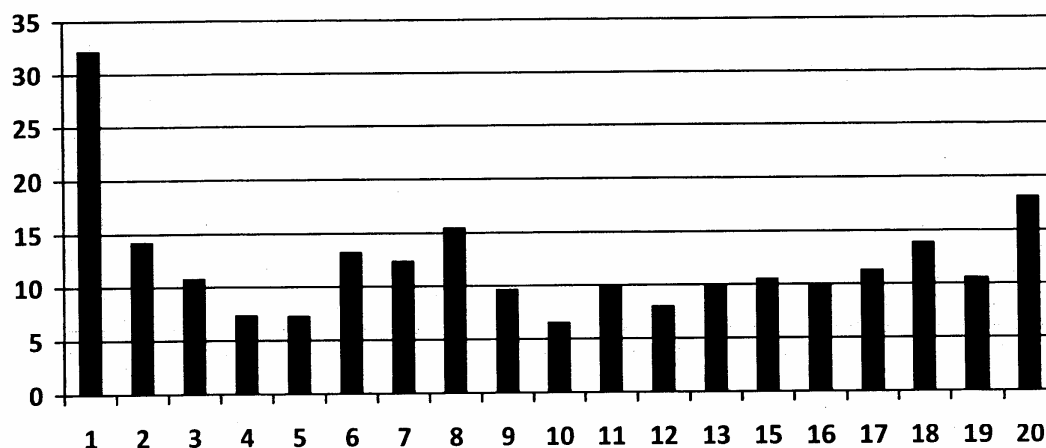
La popolazione straniera si distribuisce nelle varie zone di Roma in maniera piuttosto disomogenea, seguendo le opportunità abitative e lavorative e l'offerta di servizi: si passa dai 42.345 stranieri residenti nel I Municipio²⁰ (31 Dicembre 2010) ai 5.656 del III Municipio. Restano però prevalenti tre aree, una centrale e due alla periferia della città: i Municipi I, XX e VIII, che insieme accolgono quasi un terzo degli stranieri residenti a Roma.

Gli incrementi annuali più forti si sono avuti nell'VIII Municipio, dove la popolazione straniera è quasi raddoppiata, ma la diffusione si estende ormai all'intera area metropolitana e questa, a sua volta, si allarga sempre più fino a inglobare i Comuni della prima cintura metropolitana.

Tabella D.1 Popolazione residente a Roma per Municipio e cittadinanza. 31 Dicembre 2010

Municipio	Totale residenti	% su totale residenti	Stranieri residenti	% stranieri su residenti	% stranieri su totale stranieri
1	131.881	4,58	42.345	32,11	12,25
2	123.094	4,27	17.533	14,24	5,07
3	52.584	1,82	5.656	10,76	1,64
4	203.395	7,06	14.891	7,32	4,31
5	178.599	6,20	12.944	7,25	3,74
6	122.961	4,27	16.285	13,24	4,71
7	123.402	4,28	15.309	12,41	4,43
8	243.922	8,46	37.767	15,48	10,92
9	126.690	4,40	12.186	9,62	3,52
10	184.197	6,39	12.018	6,52	3,48
11	135.420	4,70	13.325	9,84	3,85
12	175.925	6,10	14.016	7,97	4,05
13	226.084	7,84	22.628	10,00	6,54
15	152.700	5,30	16.011	10,48	4,63
16	142.983	4,96	14.303	10,00	4,14
17	69.615	2,42	7.853	11,28	2,27
18	137.633	4,78	19.101	13,88	5,52
19	184.911	6,42	19.485	10,54	5,64
20	157.625	5,47	28.551	18,11	8,26
n.l.	8.629	0,30	3.540	41,02	1,02
Totale	2.882.250	100,00	345.747	12,00	100,00

²⁰ La presenza elevata di stranieri nel centro storico di Roma è dovuta anche alla presenza di associazioni di volontariato che permettono a una quota di essi di fissare la residenza presso le proprie sedi.

Grafico D.4 Incidenza % pop. straniera su totale residenti, per Municipio al 31.12.2010

Fra gli stranieri la componente femminile è numericamente più consistente di quella maschile e rappresenta il 52,6% dei residenti con cittadinanza estera, anche se si riscontrano ancora notevoli differenze tra le varie nazionalità. È interessante notare la presenza di 190 comunità nazionali differenti, con circa 84 lingue parlate, a testimonianza di un'elevatissima diversificazione culturale del territorio, distribuita abbastanza uniformemente in tutto il Comune.

Gli immigrati maggiormente in crescita sono i romeni, che dal 2008 al 2009 sono aumentati di 9.826 unità, con un incremento del 17,1%. Sviluppi consistenti si registrano anche per ucraini (+15,4%), cinesi (+14,2%) e bangladesi (+15,9%).

Quasi l'80% degli stranieri residenti nella Capitale proviene da aree a forte pressione migratoria. Poco meno della metà (45,8%) proviene dal continente europeo, soprattutto per il peso di romeni (67.366 residenti al 1° Gennaio 2010) e polacchi (14.674), tra i comunitari, e dei moldavi (+21,1%) tra i non comunitari.

In termini di presenza l'area geografica più rappresentata è quella dell'Europa comunitaria (32%), in cui sono confluite anche la comunità rumena che è la più numerosa e quella polacca. Se si considerano invece solo i cittadini stranieri dell'Unione Europea a 15 (che costituiscono il 9,4% dell'universo degli stranieri), le collettività più consistenti sono quelle dei francesi e degli spagnoli, con poco più di 5.000 residenti ciascuna.

L'Europa centro-orientale è rappresentata dall'8,3% dei residenti (principalmente Albania, Ucraina, ex Repubblica jugoslava di Macedonia e Moldova) che contano complessivamente circa 25 mila iscritti in anagrafe. I cittadini dei Paesi Ue di nuova adesione, anch'essi appartenenti prevalentemente all'area geografica dell'Europa centro orientale, rappresentano il 22,4% degli stranieri, con oltre 60 mila residenti.

Gli stranieri di cittadinanza *africana* sono più di 40 mila (in termini relativi circa il 15% del totale); di questi i cittadini egiziani rappresentano la collettività più numerosa, ma anche i cittadini del Marocco e dell'Etiopia sono ben rappresentati, seguiti dai cittadini nigeriani (circa 3 mila unità).

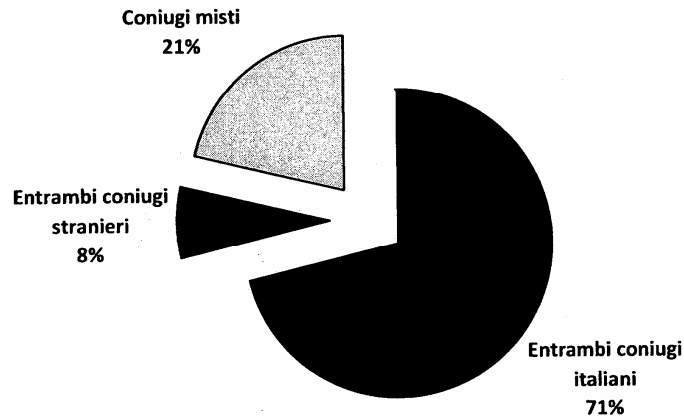
Roma presenta anche comunità di *origine asiatica*: gli stranieri provenienti da questo continente sono oltre 76 mila e, tra questi, i cittadini filippini, insieme a quelli cinesi e a quelli del Bangladesh, costituiscono oltre la metà della popolazione asiatica residente nella città.

I cittadini *americani*, invece, costituiscono il 13,9% dell'universo di riferimento. In particolare, i sudamericani sono i più rappresentati con il 56% del continente e, tra questi ultimi, la comunità più numerosa risulta essere quella peruviana (oltre 11 mila persone), seguita dalla collettività ecuadoriana e da quella brasiliana. Per l'America settentrionale, invece, i cittadini statunitensi rappresentano il gruppo stranieri più consistente (circa 5 mila individui).

La struttura per *stato civile* evidenzia che gran parte dei cittadini stranieri residenti sono per oltre la metà celibi o nubili oppure coniugati (circa 40%), mentre la restante quota si distribuisce tra i divorziati e i vedovi.

Un indicatore del livello di integrazione delle persone straniere è il matrimonio misto. Nel 2009 nel Comune di Roma, su un totale di 9.569 matrimoni celebrati, il 21,3% sono matrimoni con almeno un coniuge straniero (2.039).

Grafico D.5 Incidenza % della tipologia dei matrimoni (2009)



La distribuzione per classi di età

La popolazione romana è sempre più "vecchia". A fronte dei 612.397 residenti con 65 anni o più, quelli con meno di 20 anni sono solo 502.418. Solo qualche decennio fa la proporzione era inversa.

Complessivamente le classi di età più numerose sono quelle centrali. Tra i 35 ai 49 anni si colloca oltre un quarto della popolazione complessiva. Parallelamente si registra una certa consistenza anche delle classi più anziane.

La distribuzione per gruppi di età mette in evidenza come non siamo più in presenza di una "piramide" della popolazione. La forma che assume il grafico corrispondente è piuttosto quella di un "otre", con la "pancia" che progressivamente si "alza" verso gruppi di età più avanzata.

E' importante però osservare come da alcuni anni si sia invertita la tendenza alla diminuzione delle classi di età più giovani. Gli individui 0-4 anni sono oltre 130 mila, quasi 10 mila persone in più rispetto al gruppo 10-14 anni. Anche l'incidenza percentuale in rapporto alla popolazione complessiva è aumentata: la classe 0-4 anni si assesta sul 4,5%, mentre quella 10-14 anni è del 4,2%. Il dato è dovuto non solo all'aumento dei minori stranieri, ma anche ad una seppur modesta ripresa della popolazione italiana.

Se si analizza la composizione delle diverse fasce di età distinguendo i cittadini italiani da quelli stranieri, si osserva come l'incidenza degli stranieri sul totale dei residenti si concentri soprattutto nella prima infanzia (oltre il 13% tra 0-4 anni) e nelle fasce d'età 25-44 anni. In particolare, nella fascia 30-34 anni raggiunge il 22,6%. Ridotta è invece l'incidenza degli stranieri anziani.

Tabella D.2 Popolazione residente a Roma per classi di età e cittadinanza. 31.12.2010

Classe di età	Popolazione residente	% su totale residenti	Di cui popolazione italiana	Di cui popolazione straniera	% stranieri su totale residenti
0-4	130.553	4,53	113.155	17.398	13,3
5-9	126.570	4,39	112.187	14.383	11,4
10-14	121.491	4,22	109.070	12.421	10,2
15-19	123.804	4,30	111.760	12.044	9,7
20-24	129.887	4,51	110.484	19.403	14,9
25-29	148.970	5,17	117.971	30.999	20,8
30-34	185.898	6,45	143.963	41.935	22,6
35-39	238.043	8,26	195.387	42.656	17,9
40-44	252.674	8,77	211.659	41.015	16,2
45-49	246.996	8,57	213.824	33.172	13,4
50-54	206.051	7,15	179.361	26.690	12,9
55-59	179.878	6,24	161.426	18.452	10,3
60-64	179.038	6,21	167.549	11.489	6,4
65-69	153.493	5,33	146.293	7.200	4,7
70-74	155.699	5,40	150.366	5.333	3,4
75-79	124.777	4,33	121.164	3.613	2,9
80-84	92.003	3,19	89.567	2.436	2,6
85+	86.425	3,00	81.317	5.108	5,9
Totale	2.882.250	100,00	2.536.503	345.747	12,0

Le persone *minori di età* iscritte nell'anagrafe di Roma Capitale il 31.12.2010 erano 475.975 (165 minori ogni 1000 residenti). Il numero complessivo dei minori negli ultimi anni è leggermente aumentato, così come la loro incidenza sul totale della popolazione, soprattutto per l'aumento dei minori stranieri. Le nascite da madri straniere sono infatti in continuo aumento (+6% dal 2007 al 2010) e nel 2010 hanno rappresentato quasi il 20% delle nascite registrate nella Capitale (a fronte del 16% in tutta Italia). I minori stranieri in dieci anni sono più che raddoppiati (nel 2010 erano oltre 53.000), passando dal 5,2% di tutti i minori nel 2000 all'11,2% nel 2010.

Tabella D.3 La popolazione minorile a Roma (anni 2000 e 2010)

Anni	Minori di 18 anni	% < 18 anni sulla popolazione	Minori di 18 anni italiani	Minori di 18 anni stranieri	% minori stranieri sul totale minori
2000	424.678	15,0%	402.365	22.313	5,2%
2010	475.975	16,5%	422.689	53.285	11,2%
Diff.	+ 51.297	+ 1,5%	+ 20.324	+ 30.972	+ 6,0%

L'incidenza dei minori sulla popolazione straniera presente è un indicatore del radicamento territoriale: una presenza significativa di figli di immigrati, in quanto costituisce al tempo stesso un effetto e una condizione di integrazione nel Paese accoglienza, è una caratteristica di collettività straniere che hanno trasformato il proprio progetto migratorio da transitorio a lungo termine.

I minori stranieri maggiormente presenti a Roma afferiscono all'area dei Paesi entrati di recente nell'Unione Europea e dell'Asia orientale. Differenze interessanti tra i diversi gruppi esteri a maggiore incidenza di minori emergono laddove si consideri il luogo di nascita dei minori stessi (se all'estero oppure in Italia, a indicare rispettivamente che la loro presenza è il risultato di un processo di ricongiungimento oppure l'esito della formazione di una famiglia in Italia)²¹.

Se si analizza la *popolazione anziana* (65 anni e più), si osserva come questa sia composta da 612.397 persone (21,24% della popolazione totale), di cui solo 23.690 sono stranieri (3,87%). Possiamo suddividere la popolazione anziana in due grandi gruppi, quasi equivalenti: quelli con meno di 75 anni (309.192) e quelli con un'età maggiore (303.205). Si tratta di un'informazione di grande utilità in sede di programmazione dei servizi sociali.

Schematizzando, si può infatti affermare che il primo gruppo costituisce un bacino importante di soggetti attivi, una vera e propria risorsa per il welfare cittadino, mentre il gruppo dei "grandi anziani" evidenzia crescenti bisogni di cura e assistenza sociale e sanitaria. È da sottolineare che nelle fasce ultrasessantenni l'incidenza della popolazione femminile aumenta progressivamente, fino a raggiungere quasi il 63% negli over 80. È interessante osservare un dato di particolare importanza: l'indice di *dipendenza economica*, dato dal rapporto tra la popolazione in età attiva (15-64 anni) e la popolazione in età inattiva (fino ai 15 anni e dai 65 anni in su), a Roma si attesta su 52,35. Ciò significa che ogni 10 persone in età (potenzialmente) attiva, si hanno più di 5 persone in età non attiva, perché troppo giovani o troppo anziane (in due casi su tre si tratta della componente anziana).

D.2 Le famiglie

Nel Comune di Roma Capitale vivono 1.356.674 famiglie "anagrafiche"²² (31.12.2010). È un numero in crescita, a parità di persone residenti, dal momento che si sta riducendo l'ampiezza delle famiglie. Oggi il numero medio dei componenti di una famiglia a Roma è poco superiore a 2 (2,12). In altre parole, per ogni 100 persone residenti in città, vi sono quasi 50 "famiglie".

Analizzando il numero dei componenti delle famiglie, si nota che la maggior parte (43,9%) è costituita da una sola persona e che solo un terzo delle famiglie ha al suo interno 3 o più componenti.

Le famiglie numerose sono di fatto una rarità: complessivamente quelle composte da 5 o più persone sono solo il 3,54% di tutte le famiglie residenti a Roma. Va fatto notare però che complessivamente in tali nuclei vive più del 10% della popolazione romana (oltre 300.000 persone, pari agli abitanti di due grandi Municipi).

²¹ La legge 675/96 sulla privacy e la Legge 127/97 (Bassanini) hanno introdotto cambiamenti che si traducono in una diminuzione delle informazioni. Dal 1999 la statistica sulle nascite, anziché dai certificati di assistenza al parto (molto ricca di informazioni sulla madre), viene ricavata da un'attestazione limitata ai dati richiesti nei registri di nascita, per cui spesso viene a mancare l'informazione sulla cittadinanza di uno o di entrambi i genitori; in particolare, sono assenti le informazioni sul genitore quando questi è residente all'estero o in un altro Comune diverso da quello del figlio, non intestatario della scheda di famiglia e, inoltre, sui genitori che per qualsiasi motivo non consentono di essere nominati.

²² In questa sede il termine "famiglia" viene assunto in termini meramente sociologici, secondo la definizione che ne dà l'Istat: "insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune (anche se non sono ancora iscritte nell'anagrafe della popolazione residente del comune medesimo). Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona" (Glossario Istat)

Tabella D.4 Famiglie e popolazione residenti a Roma per numero di componenti. V.a. e % (31.12.2010)

	1	2	3	4	5	6 e +	Totale
N° famiglie	595.918	318.959	227.840	163.913	36.903	11.141	1.354.674
% famiglie	43,99	23,55	16,82	12,10	2,72	0,82	100
N° residenti	595.918	637.918	683.520	655.652	184.515	124.727	2.882.250
% residenti	20,67	22,13	23,71	22,75	6,40	4,33	100

Grafico D.6 Ampiezza media delle famiglie residenti nel Comune di Roma (data censimenti ISTAT e Dicembre 2010)

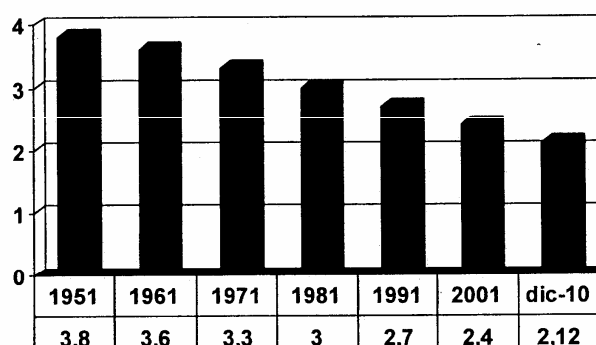
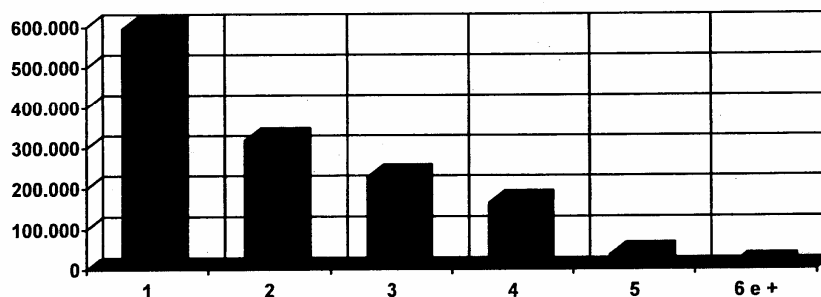


Grafico D.7 N° famiglie residenti a Roma per numero di componenti (31.12.2010)



I dati mostrano come negli anni recenti la struttura familiare abbia subito una rapida e profonda trasformazione: è diminuita sensibilmente la famiglia cosiddetta "tradizionale" con genitori e figli (meno del 25% delle famiglie "anagrafiche"), mentre sono aumentate in pari misura le "famiglie anagrafiche" con un solo componente.

Le persone sole costituiscono ormai stabilmente più del 40% delle famiglie anagrafiche romane. Più di un terzo di queste sono costituite da anziani. Un altro indicatore dell'invecchiamento delle famiglie romane è la scarsa presenza di minori: in media solo due famiglie su dieci hanno al proprio interno un minore.

La seguente tabella riporta i valori assoluti e percentuali delle diverse tipologie di famiglia registrate in anagrafe.

Tabella D.5 Tipologie di famiglia - Valori assoluti e percentuali - Anno 2010

	v.a.	%
Persone sole	595.918	43,92
Persone conviventi con altri ne' coniugi ne' figli	52.851	3,90
Solo coniugi	157.709	11,62
Coniugi con altri non figli	7.174	0,53
Coniugi con figli e altri	62.425	4,60
Padre con 1 figlio	24.205	1,78
Padre con 2 figli	10.335	0,76
Padre con 3 figli	1.410	0,10
Padre con più di 3 figli	228	0,02
Mamma con 1 figlio	95.631	7,05
Mamma con 2 figli	41.180	3,04
Mamma con 3 figli	6.153	0,45
Mamma con più di 3 figli	922	0,07
Coniugi con solo 1 figlio	123.510	9,10
Coniugi con solo 2 figli	111.263	8,20
Coniugi con solo 3 figli	16.894	1,25
Coniugi con più di 3 figli	3.043	0,22
Padre con figli e altro	18.251	1,35
Madre con figli e altro	27.567	2,03
Altro	5	0,00
Totale	1.356.674	100,00

Fonte: elaborazioni U.O. Statistica e Censimento – Marketing territoriale su Archivio anagrafico

Diminuisce anche il numero di figli per famiglia. Infatti la maggioranza delle coppie con figli ne ha uno solo e le famiglie con tre o più figli sono solo il 6,9%. Questa percentuale, benché possa apparire bassa, equivale comunque a più di 36.000 nuclei familiari.

Tabella D.6 Famiglie per numero di figli (v.a. e v. %, 2010)

N° di figli	Valore assoluto	Valore %
1	304.171	56,01
2	202.050	37,20
3	31.285	5,76
4	4.204	0,77
5	894	0,16
6+	503	0,09
Totale	543.107	100

Osservando la distribuzione delle famiglie con figli minori nei Municipi romani si evidenzia che solo nell'VIII e nel XIII Municipio, la percentuale è superiore alla media cittadina. Qui negli ultimi 20 anni si sono registrati saldi demografici positivi con tassi di natalità superiori alla media, in parte sostenuti dalle donne immigrate.

Da questo dato emerge con chiarezza come la periferia sia scelta sempre più dalle giovani coppie come luogo di residenza. I motivi di tale attrazione sono da ricercarsi soprattutto nei costi abitativi: affitti calibrati al costo della vita e prezzi degli immobili più contenuti.

La famiglia quindi si modifica, soprattutto per la diminuzione del numero dei suoi componenti. Accanto alla famiglia "tipo" si presentano inoltre nuove tipologie familiari, sempre meno minoritarie.

In crescita sono i nuclei monogenitoriali, che superano le 210.000 unità, il 15,9% del totale dei nuclei familiari. La maggioranza dei genitori soli è composta da donne (76,4%).

Tabella D.7 Famiglie monogenitoriali per sesso del genitore (v.a. e v. %, 2010)

Madre		Padre		TOTALE	
v.a.	v. %	v.a.	v. %	v.a.	v. %
161.774	76,4%	50.085	23,6%	211.859	100,0 %

Molte di queste situazioni sono caratterizzate da un reddito instabile e scarso sostegno da parte del genitore non convivente. Frequentemente in questi nuclei i figli minori risentono emotivamente sia delle precarie condizioni economiche che della mancanza di una valida rete di supporto sia familiare che sociale.

D.3 Le previsioni demografiche

In futuro, oltre che dalla numerosità della popolazione e dalla sua distribuzione territoriale, la domanda di servizi sociali sarà fortemente condizionata dal peso che verrà assunto dalle fasce di popolazione in età prescolare e scolare, in età lavorativa e in età postlavorativa.

Le strutture educative e di istruzione, i sistemi di assistenza sociale e sanitaria per gli anziani e di sostegno alle famiglie, i servizi necessari per far fronte alla crescita numerica dei residenti in stato di disabilità o di non autosufficienza nelle classi di età molto avanzata, possono essere più adeguatamente programmati in base alle grandezze e alle caratteristiche dell'utenza potenziale prevista nel prossimo futuro. Per questo si è ritenuto utile, ai fini della pianificazione dei servizi sociali, presentare in questa sede i risultati di un programma di ricerche sul tema "Previsioni demografiche per Roma" svolto dal *Centro di ricerca su Roma* dell'Università La Sapienza, in collaborazione con l'Ufficio di Statistica e Censimento del Comune di Roma.

La ricerca

Un attento controllo condotto in questa occasione ha consentito di evidenziare la presenza in anagrafe di un consistente numero di soggetti non raggiunti dalla rilevazione censuaria della popolazione di Roma effettuata nel 2001. Un'accurata ricerca della sopravvivenza in termini amministrativi di tali soggetti ha confermato l'ipotesi di un sovradimensionamento della popolazione anagrafica nella misura di circa centomila individui. Tale entità demografica è stata analizzata allo scopo di correggere, *ai soli fini della ricerca*, lo stock di individui da assumere come base di partenza delle previsioni.

I controlli incrociati hanno suggerito di prendere le mosse della previsione dall'anno 2005 per il quale si è pertanto assunta in partenza la popolazione anagrafica stimata nella sua suddivisione per sesso, età, cittadinanza, municipio di domicilio. Su tale base si è quindi proceduto ad elaborare le previsioni demografiche per Municipio e per l'intero comune.

Le previsioni della popolazione residente al 2020 sono state sviluppate sulla base di sei *scenari* derivanti dalla combinazione di un ventaglio di ipotesi adottate sui principali fenomeni che contribuiscono alla dinamica della popolazione: fecondità, mortalità, emigrazioni, immigrazioni,

cambiamenti di domicilio. Per economia di spazio ci si limita qui a presentare i risultati per due soli scenari (alto e basso), valori estremi delle previsioni.

Gli scenari presentano le medesime ipotesi su mortalità (graduale allungamento della vita), emigrazione (stabilità dei tassi di emigrazione) e cambiamenti di domicilio (stabilità dei tassi di interscambio tra municipi).

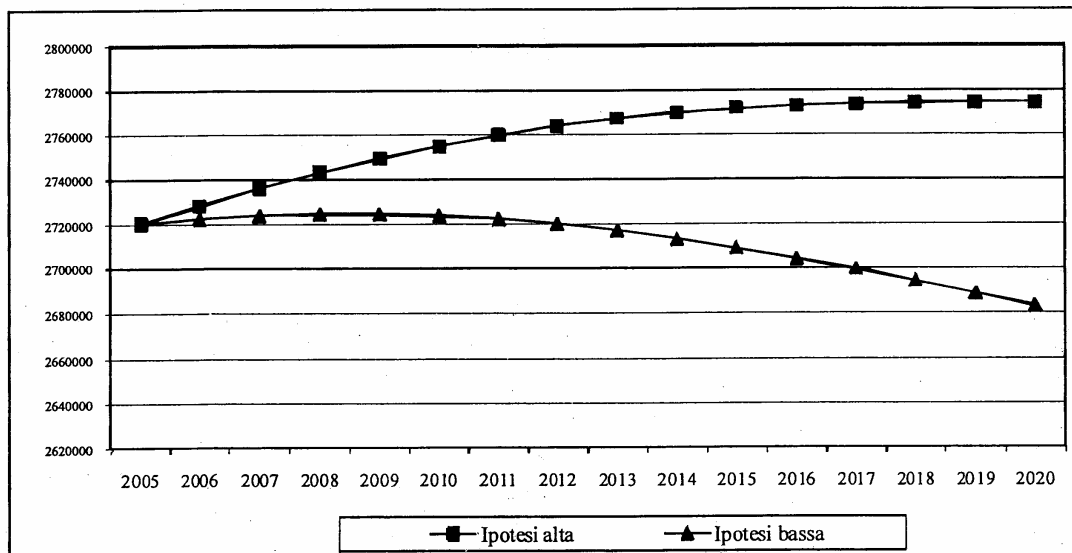
Si sono invece ipotizzate differenti evoluzioni della fecondità e delle immigrazioni. Lo scenario "alto" prevede una graduale crescita della fecondità e il mantenimento dell'ammontare delle immigrazioni fatte registrare nell'ultimo quinquennio. Lo scenario "basso" ipotizza la costanza dei tassi di fecondità²³ e un ridimensionamento delle iscrizioni anagrafiche da altri comuni e dall'estero.

Al riguardo, sulla base delle dinamiche osservate tra il 2000 e il 2006 è emersa una tendenza alla contrazione della fecondità delle straniere (intorno a 2,2 figli per donna al 2006) e ad una sostanziale stabilità di quella delle italiane (1,2). Per entrambe le componenti l'età media alla maternità – intorno ai 29 anni nel caso delle straniere e a 32 per le italiane – risulta in lieve aumento, mentre l'età media alla maternità complessivamente intesa appare in leggera diminuzione a causa dell'ampliarsi della componente, quella straniera, caratterizzata da un indicatore più contenuto.

La popolazione

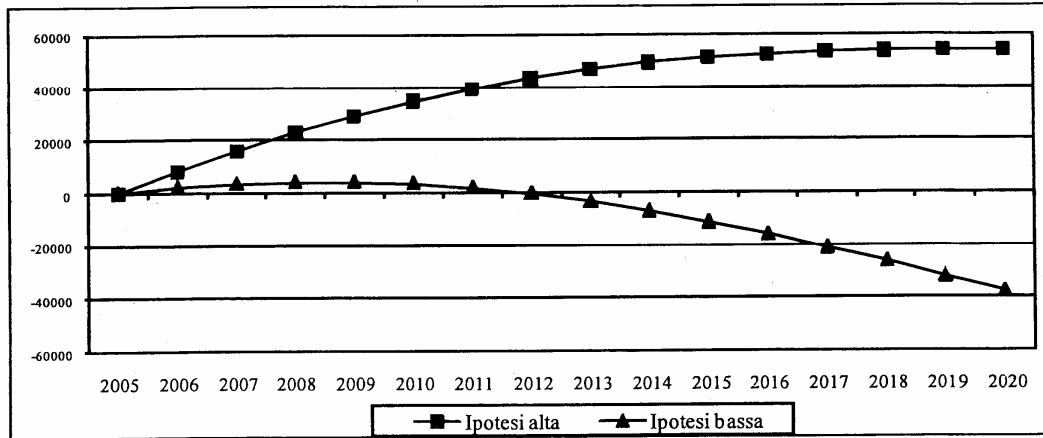
Gli scenari prospettano una popolazione romana al 2020 compresa tra 2.683mila e 2.774mila unità. Rispetto ai 2.720mila residenti del 2005, la forbice di variazione in termini assoluti si colloca tra +54mila e -37mila abitanti (Grafici 13 e 14).

Grafico D.8 Popolazione residente a Roma secondo le due ipotesi previsionali (scenario alto e scenario basso). Anni 2005-2020



²³ Il tasso di fecondità totale (Tft) indica il numero medio di figli per donna. Il Tft è pari alla somma dei tassi specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (tra i 15 e i 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. La valutazione dell'intensità e del calendario riproduttivo tiene conto implicitamente dei due differenti contributi delle donne italiane e straniere al tasso di fecondità totale cittadino.

Grafico D.9 Popolazione residente a Roma secondo le due ipotesi previsionali. Variazione in termini assoluti rispetto al 2005. Anni 2005-2020.

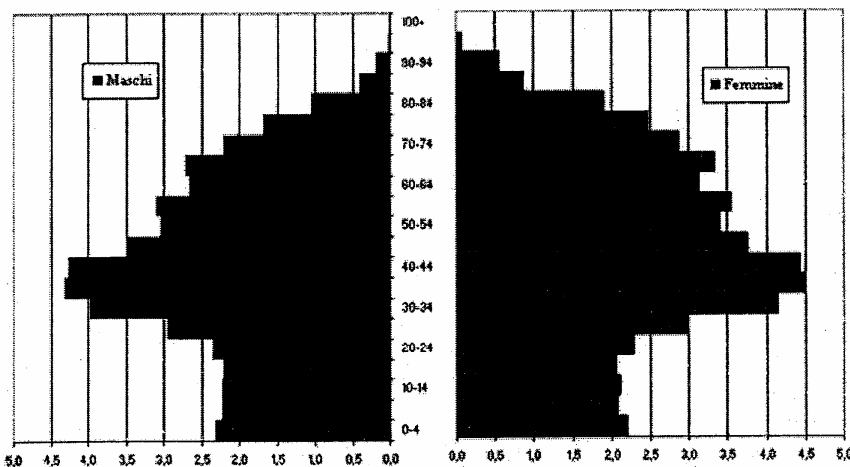


La struttura per sesso ed età della popolazione romana negli anni 2005 e 2020 è illustrata dalle piramidi delle età nei grafici D.10 e D.11²⁴. Oltre all'infoltirsi della popolazione anziana, è evidente lo slittamento verso l'alto delle classi di età centrali. Se nel 2005 le classi più numerose erano la 35-39 e la 40-44, nel 2020 diventeranno la 45-49 e la 50-54.

Il restringimento alla base della piramide del 2020 è preoccupante, perché indica che le nuove generazioni tendono ad essere meno numerose di quelle che le precedono. La recente ripresa delle nascite, favorita soprattutto dall'apporto dei cittadini stranieri, negli ultimi anni ha allargato la base della piramide, ma tale cambiamento non sarà duraturo.

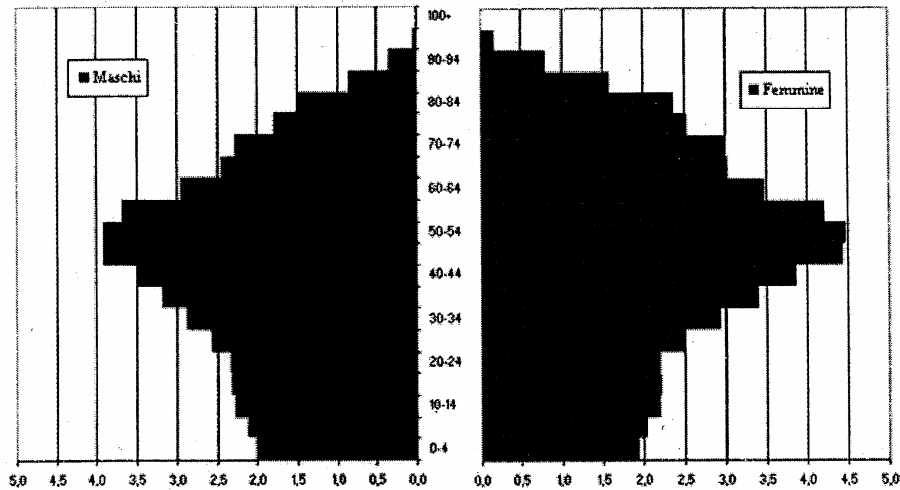
L'ingresso in età riproduttiva di una generazione poco numerosa di donne, quelle nate negli anni ottanta e novanta, condurrà ad un numero di nascite più contenuto anche in presenza di una crescita della loro fecondità, cioè di un numero medio di figli per donna più elevato.

Grafico D.10 Popolazione di Roma al 2005. Struttura per sesso ed età.



²⁴ La struttura per sesso ed età prevista per il comune di Roma nel 2020 non presenta notevoli differenze nei due scenari. Per questo motivo si è scelto di mostrare solamente una delle piramidi delle età, riferita allo scenario alto.

Grafico D.11 Popolazione di Roma al 2020. Struttura per sesso ed età. Scenario alto



Il futuro ammontare dei residenti romani appare poco sensibile ad eventuali cambiamenti nei modelli riproduttivi, mentre muterà in maniera sostanziale in relazione al *volume delle immigrazioni*.

Qualora gli ingressi da un altro comune italiano o dall'estero si mantengano ai livelli osservati nell'ultimo quinquennio (54mila unità), la popolazione è destinata a crescere di oltre 50mila unità a fine periodo, come ipotizzato nello scenario "alto". Se avrà luogo una contrazione delle immigrazioni ne conseguirà un calo dei residenti, tanto più intenso quanto maggiore sarà tale decremento. Una diminuzione delle immigrazioni ad una quota media di 48mila ingressi annui produrrà un calo di circa 40mila residenti nel 2020 (scenario "basso").

L'invecchiamento

Prosegue il processo di invecchiamento della popolazione romana, sia in termini assoluti che relativi. L'aumento percentuale degli over 65 non si deve solo alla longevità della popolazione, ma anche alla contrazione delle generazioni più giovani, conseguenza del calo della natalità.

Osservando la struttura per età della popolazione romana attuale e quella prevista nel 2020 è evidente il verificarsi di due tipologie di invecchiamento: una nella sommità della "piramide"²⁵, dovuta ad una crescita di anziani di circa 60mila unità, concentrata tra gli over 80; l'altra appare alla base della piramide, ed è legata al ridimensionamento delle classi di età più giovani.

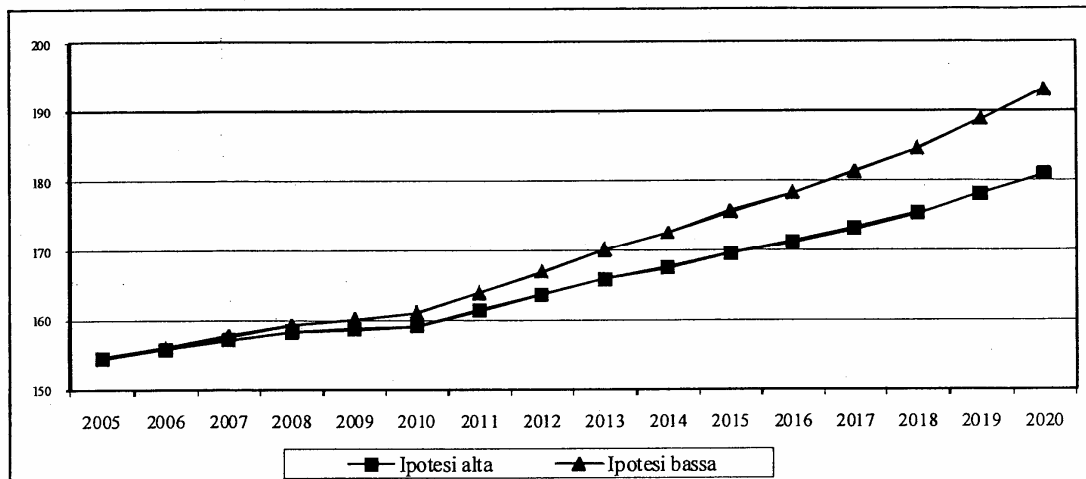
A questi due tipi di invecchiamento demografico è possibile aggiungerne un altro, osservabile nelle età centrali, dovuto al rapido ridimensionamento del numero di donne in età riproduttiva (usualmente comprese tra i 15 e i 49 anni) che si verificherà nei prossimi anni.

La riduzione delle residenti sarà particolarmente forte proprio in quelle età (tra i 25 e i 35 anni) che forniscono il contributo maggiore in termini di nascite. Ciò porterà inevitabilmente ad un numero di nascite inferiore rispetto ad oggi e ad un ulteriore incremento della percentuale di anziani.

²⁵ Nel linguaggio tecnico si continua ad utilizzare questa similitudine, anche se è evidente, dalle figure, che la silhouette ottenuta dalla distribuzione delle diverse classi di età assomiglia a quella di un "orcio".

L'indice di vecchiaia²⁶ che era appena superiore a 150 nel 2005, sarà compreso tra 181 e 193 nel 2020. L'ammontare della popolazione anziana è quindi sempre più vicino a raddoppiare quello dei giovani con meno di 15 anni. Lo scenario alto mostra una struttura di popolazione più giovane rispetto allo scenario basso, che essendo basato su immigrazioni decrescenti e fecondità stabile, produce una struttura demografica relativamente più invecchiata.

Grafico D.12 Indice di vecchiaia secondo le due ipotesi previsionali. Anni 2005-2020



La distribuzione territoriale

Le previsioni al 2020 confermano le tendenze diffuse degli insediamenti già osservate nell'area negli ultimi decenni, con un centro cittadino che deve la sua vivacità demografica alla dinamica migratoria, una città consolidata che continua a perdere residenti e una periferia anulare sempre più popolata.

Entrambi gli scenari danno in crescita il Municipio 1, i Municipi esterni (8 e 13) e quelli che hanno un'ampia porzione di territorio esterna al Gra (Municipi 12 e 20). Le rimanenti aree perderanno residenti e in alcuni casi (Municipi 6 e 7) la diminuzione potrebbe essere particolarmente consistente, anche superiore al 10% della popolazione del 2008.

Con l'eccezione del Municipio 8, la popolazione prescolastica dovrebbe subire ovunque una flessione, in alcuni casi di dimensioni tali da ridurre di un quinto la domanda potenziale di posti nelle strutture pubbliche, come nel caso dei Municipi 5, 12, 15 e 16.

Nel complesso del comune di Roma la diminuzione dei residenti tra 0 e 4 anni dovrebbe superare il 10%.

L'incremento degli over 80 sarà particolarmente forte nei Municipi più "giovani" (8, 12, 13), meno attraversati finora dal processo di invecchiamento. In queste aree la presenza dei grandi anziani è destinata a raddoppiare rispetto al 2005. La crescita nei Municipi più "anziani" della città (1, 2, 3, 9, 17) si prospetta meno intensa. Nel complesso gli over 80 dovrebbero aumentare del 54%.

²⁶ L'indice di vecchiaia si ottiene moltiplicando per cento il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni.

Tabella D.6 Variazione percentuale della popolazione residente nei Municipi per alcune fasce di età. Periodo 2005-2020 (ipotesi alta)

Municipio	Variazione percentuale per fascia di età (2005-2020)					Popolazione totale
	Prescolastica (0-4)	Scolastica (5-14)	Lavorativa (15-64)	Anziani (65-79)	Grandi anziani (80+)	
1	-5,5	-0,2	11,9	4,5	14,4	9,5
2	-1,6	-7,7	2,2	1,3	0,8	2,1
3	-11,1	-5,8	-7,6	-2,2	8,3	-5,5
4	-1,8	2,1	9,4	0,7	5,1	5,4
5	-18,0	-12,5	-13,3	10,6	99,5	-6,0
6	-1,4	-1,6	1,6	2,2	4,5	10,9
7	-14,8	-10,7	-10,3	-11,6	54,0	-7,7
8	6,8	21,7	8,5	22,4	19,6	21,4
9	-14,6	-6,6	-7,5	-9,8	12,1	-6,6
10	-1,1	3,8	1,3	0,7	10,2	1,9
11	-15,0	1,9	-7,5	-5,5	28,6	-4,3
12	-20,7	3,5	3,0	18,5	10,5	8,7
13	-4,4	20,9	16,2	30,9	128,0	21,1
15	2,8	2,4	7,0	0,1	0,0	2,2
16	-20,3	-5,6	-6,0	-12,9	42,1	-4,8
17	1,4	0,0	0,0	6,3	0,0	6,3
18	-15,5	2,8	-2,3	-6,9	58,1	-0,1
19	-1,5	0,2	0,8	2,9	0,0	2,2
20	-6,3	3,4	5,6	3,6	69,0	7,2
ROMA	-11,7	-1,9	-0,7	0,5	54,4	2,0

Il prossimo futuro demografico della Capitale, oltre che ad eventuali modificazioni nei comportamenti riproduttivi degli autoctoni che potranno avere effetti consistenti solo a lungo termine, sarà strettamente legato all'evoluzione dei flussi migratori. Il mantenimento degli attuali livelli di immigrazione può evitare la diminuzione della popolazione e attutire l'invecchiamento relativo, compensando parte del calo previsto nell'ammontare dei residenti in età lavorativa.

E. IL SISTEMA CITTADINO DEI SERVIZI SOCIALI

Per programmare le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi di sistema delineati sopra, bisogna partire dalla conoscenza del complesso sistema dei servizi e degli interventi presenti oggi a Roma, frutto delle misure e delle iniziative che sono state promosse in passato dalla società civile e dalle istituzioni pubbliche. In questo modo è possibile rendersi conto dell'ampiezza dell'oggetto del Piano e della sua complessità regolamentare ed organizzativa.

Dal punto di vista territoriale, caso unico in Italia, il sistema dei servizi è articolato su tre livelli:

- *a livello di singolo Municipio* sono collocati tutti i servizi e gli interventi sociali di base;
- *a livello di "quadrante"* (5 territori, coincidenti con quelli di competenza di ciascuna ASL) sono presenti alcuni ambiti di programmazione e monitoraggio di interventi specialistici (ad es. le UIM, per l'area minori);
- *a livello cittadino* (dipartimentale) vengono gestiti gli interventi e i servizi che per dimensione o per altre ragioni non possono essere decentrati e sono collocate le azioni regolative e di supporto tecnico che devono assicurare funzionalità e coerenza all'intero sistema cittadino.

Nelle pagine seguenti si presenta un'ampia descrizione, anche se certamente non esaustiva, dei principali interventi sociali che si sono stratificati nel tempo sul territorio romano. Nello stesso tempo, vengono presentate alcune analisi e proposte frutto del lavoro della Commissione di Piano e del confronto che è avvenuto nell'ambito dei Forum tematici.

In questa sede, per ovvie ragioni di spazio, si riporta solo una sintesi essenziale della mole notevole di documenti e materiali predisposti dai Gruppi di lavoro. Per un approfondimento dei diversi temi, si possono in ogni caso consultare gli allegati al presente documento.

La sezione è articolata per tipologia di destinatari dei servizi²⁷:

1. *Servizi multiutenza di carattere generale*
2. *Servizi e interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale*
3. *Servizi e interventi per i migranti, richiedenti asilo e rifugiati*
4. *Servizi per la salute e per le persone con disabilità e disagio psichico*
5. *Servizi e interventi per le famiglie*
6. *Servizi e interventi per le persone in età evolutiva*
7. *Servizi e interventi per le persone anziane*

I capitoli relativi agli interventi per le persone sottoposte a misure giudiziarie, le popolazioni Rom e per il contrasto delle dipendenze patologiche sono presentati in allegato, in ragione della loro specificità e del fatto che i relativi ambiti di competenza fanno capo ad Istituzioni ed Agenzie specifiche (rispettivamente la Consulta cittadina per il Carcere, il Commissario straordinario del Governo per l'emergenza Rom e l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze).

L'articolazione proposta, che ha evidenti finalità espositive, non va interpretata accentuando la distinzione e la separatezza tra le diverse aree, come se fossero "mondi" autonomi. I temi rimandano infatti in modo "trasversale" a settori diversi. Gli esempi sono facilmente osservabili: i minori stranieri non accompagnati "intercettano" i servizi sociali sia in quanto minori, sia in quanto

²⁷ Le tipologie dei servizi ricalcano quelli utilizzati dall'Istat, a partire dal 2003, nella ricerca a livello nazionale sulla spesa sociale dei comuni. Rispetto a tale articolazione, in questa sede sono state introdotte alcune variazioni: gli interventi per le famiglie e i minori sono presentati in modo distinto; per la loro specificità, è stato introdotto un capitolo (allegato) sulle persone sottoposte a misure giudiziarie; i Rom sono stati distinti dagli immigrati e richiedenti asilo.

stranieri; gli anziani a basso reddito rientrano in due gruppi target (anziani e poveri), la stessa cosa può dirsi per gli immigrati sottoposti a misure giudiziarie, oppure per le persone senza fissa dimora con problemi di tossicodipendenza, e così via. D'altronde la "multi-problematicità" è una costante ben conosciuta dagli operatori sociali.

Era comunque necessario, per approfondire adeguatamente le diverse aree, operare delle distinzioni, che favorissero l'analisi e la proposta. È quanto si farà nelle pagine seguenti.

E.1 Servizi multiutenza di carattere generale

In questo capitolo sono brevemente descritti i servizi sociali di carattere generale, rivolti all'intera cittadinanza. Si tratta dei servizi informativi e di orientamento; della presa in carico e dell'accompagnamento assistenziale; dei servizi di tutela pubblica e di quelli per l'emergenza sociale.

E.1.1. Servizi informativi e di orientamento

In ogni Municipio, coerentemente con quanto previsto dalla legge 328 (art. 22) e dal primo Piano Regolatore Sociale, è presente un *Segretariato sociale*. Lo scopo del servizio è informare e orientare tutti gli abitanti del Municipio sui servizi socio-assistenziali e socio-sanitari presenti nel territorio, favorendo l'accesso alle prestazioni a cui hanno diritto. Normalmente le attività si svolgono in locali del Municipio opportunamente predisposti per accogliere le persone in condizioni che garantiscano la tutela della riservatezza. In alcuni casi, per ragioni di necessità o di opportunità, il servizio è collocato in sedi diverse.

Gli operatori del servizio sono in genere assistenti sociali, personale amministrativo opportunamente formato, operatori di sportello con varie professionalità. Nello svolgimento del loro lavoro, gli operatori si raccordano con i servizi sanitari e altri servizi municipali e del territorio.

Ogni Municipio ha adottato proprie modalità organizzative. Nella maggior parte dei casi la gestione è diretta (*in house*), in altri è affidata in convenzione a organismi del Terzo settore. Gli orari d'apertura sono prestabiliti e comprendono normalmente alcune mattine e almeno un pomeriggio. L'accesso al servizio, diretto e/o telefonico durante gli orari d'apertura, non richiede appuntamento o particolari procedure.

In linea di massima, il Segretariato sociale svolge le seguenti attività:

- ✓ raccoglie e aggiorna le informazioni di carattere sociale utili al cittadino;
- ✓ informa e orienta i cittadini sul ventaglio delle opportunità disponibili nel territorio, sulla base delle specifiche richieste e dei bisogni espressi;
- ✓ accompagna gli utenti nel percorso di accesso ai servizi, fino all'eventuale "presa in carico";
- ✓ raccoglie dati sulla domanda espressa dagli utenti e sulle risposte attivate;
- ✓ attiva e coordina le reti sociali del territorio.

A partire dal 2004, l'azione dei Segretariati sociali è stata integrata dalle "Porte sociali", rete di sportelli attivata in diversi territori attraverso Protocolli di sperimentazione. Nella realizzazione delle Porte sociali partecipano, oltre al Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute e i Segretariati sociali dei Municipi (i quali a loro volta coordinano la "micrete" a livello locale), diversi organismi, come l'IPAB ISMA (partner del Comune di Roma e co-finanziatore del progetto), la Caritas Diocesana di Roma, i Patronati, la ASL RM D, l'Ordine degli Psicologi e altre organizzazioni.

Per rispondere alle richieste dei cittadini che accedono agli sportelli decentrati, le "Porte sociali" utilizzano un banca dati cittadina che contiene informazioni sulle strutture e i servizi sociali presenti sul territorio. La "scheda sociale", prevista inizialmente per la registrazione delle domande e delle richieste dei cittadini non è ancora stata implementata, in quanto si è ritenuto opportuno utilizzare la "cartella sociale"²⁸.

E.1.2. Servizi per la presa in carico e l'accompagnamento assistenziale

Il *Servizio sociale professionale*²⁹, presente in ogni Municipio, ha lo scopo di accogliere e sostenere le persone e le famiglie che vivono in condizione di disagio sociale. Costituisce lo "snodo" e la "regia" del sistema territoriale degli interventi e delle prestazioni sociali. Il Servizio valuta le domande e le problematiche sociali presenti sul territorio ed eventualmente "prende in carico" le persone e le famiglie che vivono in condizione di disagio sociale, predisponendo interventi personalizzati. Nel breve periodo, il servizio è finalizzato a identificare e contenere la situazione di rischio, mentre nel medio-lungo periodo si pone in un'ottica promozionale, volta al superamento delle cause del disagio e al miglioramento della qualità della vita.

Il Servizio è svolto principalmente da assistenti sociali e da istruttori amministrativi. La presenza di educatori e psicologi si registra solo in alcuni municipi, anche se sarebbe auspicabile che queste professionalità fossero più utilizzate, nell'ottica dell'ampliamento del novero delle funzioni del servizio.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, gli operatori si avvalgono spesso della collaborazione di altri servizi territoriali, coordinandosi con i servizi sanitari, la Giustizia, la Scuola, gli organismi del Terzo settore e del volontariato.

Gli assistenti sociali in questo ambito, secondo quanto stabilito dalla L 84/1993 oltre alle funzioni che di seguito vengono elencate, possono svolgere attività di coordinamento e concorrono all'organizzazione ed alla programmazione delle attività

In generale, realizza le seguenti azioni:

- valutazione multidimensionale della domanda espressa e dello stato di bisogno effettivo;
- consulenza alle famiglie e agli operatori di altre istituzioni;
- "presa in carico" della persona ed eventualmente della sua famiglia;
- elaborazione di progetti personalizzati di intervento;
- adozione delle misure previste dalla normativa sociale (sostegno economico, assistenza domiciliare, inserimento in servizi semi-residenziali o in strutture residenziali, ecc.), in funzione delle necessità dell'utente;
- accompagnamento durante tutto il percorso assistenziale;
- sostegno per l'uscita dal circuito assistenziale, anche mediante l'attivazione di misure di reinserimento socio-lavorativo;
- attività connesse alle richieste dell'autorità giudiziaria.

La raccolta standardizzata e informatizzata delle informazioni sugli utenti dei servizi sociali e sulle prestazioni loro erogate avviene attraverso la "*Cartella Sociale*". L'implementazione di questo strumento, promosso dalla Regione Lazio, è avvenuta finora in forma parziale e sperimentale. Nel 2010 è iniziata la fase di estensione dell'uso della *Cartella sociale* a tutti i servizi sociali del Comune (contestualmente all'estensione a tutti i Comuni del Lazio). In prospettiva, sarà utilizzata anche come "scheda utente" nelle "Porte Sociali".

²⁸ Cfr. più avanti, nella sezione sulle "azioni di sistema".

²⁹ Previsto formalmente dalla legge 328/00, art. 22, come "livello essenziale delle prestazioni sociali" da assicurare in ogni ambito territoriale coincidente con il distretto sanitario.

Il servizio normalmente è attivo in tutti i giorni feriali. È aperto al pubblico secondo quanto previsto dal regolamento di apertura e chiusura di uffici e servizi di Roma Capitale, oppure dall'organizzazione del Municipio.

Ogni Servizio in questi anni ha assunto caratteristiche organizzative e funzionali proprie, che difficilmente possono essere rappresentate in modo standardizzato. Esistono generalmente tre diverse modalità di accesso al servizio: tramite il *Segretariato sociale*, attraverso richieste dirette della famiglia e/o del cittadino; su attivazione autonoma del servizio, in seguito a segnalazione dei cittadini e di altre istituzioni; su richiesta delle Autorità Giudiziarie.

E.1.3. Servizi di tutela pubblica

Il Codice Civile³⁰ prevede gli istituti giuridici dell'interdizione (legale e giudiziale), dell'inabilitazione e dell'Amministrazione di Sostegno. Nei casi di inabilitazione viene nominato un curatore, poiché non si ravvisa una totale capacità (quindi, con possibilità per l'inabilitato della gestione "ordinaria" dei propri beni e interessi), mentre nei casi di interdizione vi è invece la nomina di un "tutore", poiché è stata ravvisata una totale incapacità dell'interessato a gestire la propria vita e i propri interessi, sia ordinari che straordinari.

Per gli adulti "interdetti" e i minori nel cui ambito parentale non vi sono figure idonee a svolgere i compiti previsti dall'esercizio della tutela, questa generalmente viene affidata dalle Autorità Giudiziarie al Sindaco, il quale, a sua volta, delega l'Ufficio Tutela Pubblica, che designa di volta in volta un dipendente comunale (di categoria "C" o "D") con particolari competenze, che abbia offerto disponibilità.

La gestione tutelare comporta interventi mirati alla cura della persona sotto l'aspetto psico-fisico, socio-assistenziale, scolastico ed educativo, nonché all'amministrazione dei suoi beni. La tutela pubblica, pur assicurando gli interventi previsti dalla legge, non può essere assimilata strettamente a quella esercitata in qualità di tutela privata che, viceversa, prevede la possibilità di un *reale rapporto* uno a uno tra esercente la tutela e tutelato.

Per quanto riguarda gli adulti, i servizi interessati sono prevalentemente i servizi di salute mentale preposti al progetto di cura dei soggetti e le strutture residenziali presso le quali sono inseriti. Più ampia è la funzione amministrativa, fiscale e patrimoniale, poiché il tutore gestisce il patrimonio dell'interdetto con tutti i relativi atti necessari di natura amministrativa e fiscale.

Non tutti i tutelati sono inseriti in strutture residenziali, alcuni continuano a vivere presso il proprio domicilio con l'aiuto di assistenti familiari o cooperative di assistenza domiciliare attivate dai servizi sociali municipali.

Gli operatori delegati dell'Ufficio svolgono anche le funzioni di *Amministratore di Sostegno* per beneficiari per i quali il Giudice Tutelare ritiene opportuno provvedimenti di nomina al Sindaco. Esiste, infatti, un nuovo istituto giuridico, introdotto nell'ordinamento dall'art. 3 della Legge 6/2004, che si propone di offrire a chi si trovi nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi, uno strumento flessibile di assistenza e agile nella procedura applicativa.

Il Comune di Roma dal 2005 ha adottato misure per favorire l'applicazione di tale istituto al fine di sostenere le persone fragili per le quali si ritenga necessaria la nomina di un amministratore di sostegno. A tal fine ha sviluppato un *programma sperimentale* per l'individuazione e la formazione di volontari disponibili a ricoprire l'incarico di amministratore di sostegno. A tal fine è stato istituito "il Registro degli Amministratori di Sostegno Volontari del Comune di Roma" (De-

³⁰ Titolo XII "Delle misure di protezione delle Persone prive in tutto o in parte di Autonomia", dall'art. 404 all'art. 432.

terminazione Dirigenziale n. 3251/09), è stato elaborato un protocollo d'intesa con i Giudici Tutelari del Tribunale di Roma per definire le procedure di assegnazione dei volontari alle funzioni di Amministratore di Sostegno ed è stato implementato un ufficio di supporto tecnico.

L'istituzione del Registro, la sua organizzazione, il monitoraggio e il coordinamento di tutte le attività correlate sono curate dall'Ufficio Tutela Pubblica, U. O. Minori e Famiglie del Dipartimento *Promozione dei servizi sociali e della salute*, che sta anche predisponendo le Linee Guida per la gestione del Registro (requisiti di accesso per l'iscrizione, mantenimento ed eventuale cancellazione dei volontari, ecc.).

E.1.4. Servizi per l'emergenza sociale

La Sala Operativa per l'emergenza Sociale (SOS) ha lo scopo di affrontare le emergenze di carattere sociale che si verificano sul territorio cittadino ed è finalizzata a intercettare il disagio, laddove si manifesta, attivando percorsi volti a dare una risposta efficace alle persone in difficoltà. Il servizio si rivolge a tutti i cittadini, istituzioni e servizi che intendono segnalare situazioni di emergenza sociale.

Il servizio — primo in Italia — è stato attivato in via sperimentale nel febbraio del 2002 ed è affidato a organismi del Terzo Settore in convenzione con il Comune di Roma. L'accesso avviene mediante contatto telefonico al Call Center della Sala Operativa Sociale, mediante il numero verde 800.440022, attivo tutti i giorni, 24 ore su 24. Non esistono requisiti formali per accedere al servizio, che è gratuito.

Il servizio dispone di un *Front Office* con un coordinatore di Sala e 14 operatori telefonici esperti con specifica formazione in *counsellig* (ascolto, filtro valutazione e invio), che attraverso una turnazione coprono le 5 postazioni telefoniche e un *Back Office* con un coordinatore di Servizio Sociale, 3 assistenti sociali e 6 Unità di Strada, di cui 5 diurne e una attiva nell'orario notturno.

Le principali attività realizzate dal servizio sono: decodifica e valutazione della richiesta telefonica; sostegno telefonico; orientamento e informazione; coordinamento delle attività legate a emergenze di carattere sociale; invio dell'unità di strada per verifica della situazione segnalata; inserimento in strutture d'accoglienza; attivazione dei servizi territoriali e della rete formale e informale; assistenza e collocamento di minori non accompagnati; gestione del Data-Base; presa in carico temporanea in attesa dell'attivazione dei Servizi Sociali e Sanitari preposti; prestazioni specifiche secondo le necessità: ricovero ospedaliero o presso altre strutture (per esempio case di cura, case famiglia per minori) e altre necessità.

In ogni situazione di emergenza segnalata alla Sala Operativa intervengono le *Unità mobili*, mediante sopralluoghi congiunti con il Nucleo Assistenza Emarginati (NAE) del Corpo di polizia urbana e, se necessario, con le forze dell'ordine. Esse svolgono un monitoraggio costante del territorio in relazione al disagio urbano estremo e, oltre a provvedere alla fornitura di beni di prima necessità nelle situazioni più estreme, acquisiscono elementi informativi utili ad impostare l'intervento e indirizzano l'utente ai servizi territoriali.

Mediante uno specifico *data base*, ogni situazione segnalata viene relazionata e registrata nel rispetto della *privacy* e delle norme di accesso ai documenti. Il sistema informativo della Sala Operativa rappresenta uno strumento utile per seguire gli utenti nel tempo e per programmare interventi personalizzati. In occasione di particolari periodi dell'anno, un ulteriore programma informatico collegato ai centri di accoglienza consente di conoscere in tempo reale la disponibilità dei posti e di accogliere tempestivamente le persone in stato di bisogno.

Tab. E.1 Attività della Sala Operativa Sociale (anni 2007-10)

anno	n. utenti registrati	n. telefonate ricevute	n. contatti attivati nella rete dei servizi, per interventi sugli utenti	n. interventi diretti su utenti
2007	12.578	91.785	100.000	19.398
2008	11.489	103.000	92.560	18.328
2009	13.266	103.686	113.340	22.668
2010	14.114	106.992	119.680	23.936

E.1.5. Misure operative

Al fine di migliorare i servizi di carattere generale, illustrati sinteticamente nelle pagine precedenti, nell'ambito del Piano Regolatore Sociale, saranno adottate le seguenti misure:

a) *Coordinamento e messa in rete dei Segretariati sociali*³¹

Nell'ambito del progetto "Porte sociali", sarà rafforzato il lavoro in rete dei Segretariati sociali municipali, attraverso un confronto sistematico dei modelli organizzativi e funzionali adottati, la condivisione della strumentazione adottata, lo scambio di buone prassi, l'organizzazione di momenti formativi, il collegamento con la rete degli sportelli attivi sul territorio (ad es. sportelli EDA, Informagiovani, Punti famiglia, Sportelli H, Sportelli per immigrati, ecc.).

b) *Definizione di un modello organizzativo cittadino di Servizio sociale*

In assenza di un modello organizzativo definito centralmente, ciascun Municipio in questi anni ha assunto un proprio modello per il funzionamento del Servizio sociale (personale, funzioni, tempi, etc.).

Il "Servizio sociale" viene spesso immedesimato nella figura dell'"assistente sociale". Tale equivoco è primaria causa di distorsione di energie e competenze e rende possibile anche illegittime "esternalizzazioni" di funzioni istituzionali, conseguenza dell'accentramento delle complesse funzioni del servizio in un'unica figura professionale.

La costruzione di un modello organizzativo non può prescindere dall'individuazione delle tipologie delle figure professionali necessarie; dalla classificazione delle funzioni proprie, inalienabili e non esternalizzabili, rispetto a quelle opportunamente delegabili; dall'individuazione del modello di riferimento (criterio di suddivisione territoriale, piuttosto che per area di utenza, piuttosto che per funzioni, etc.) e dalla definizione dei livelli di responsabilità e di relativo coordinamento.

A tal fine, sarà predisposto uno "Schema di riferimento per un modello organizzativo di servizio sociale", con il contributo di tutte le parti interessate, tenendo conto delle innovazioni che saranno adottate nell'ambito dell'istituzione di "Roma capitale", ai sensi della legge 42/2009.

c) *Decentramento delle funzioni di Tutela pubblica.*

Una delle criticità rilevate in questo settore riguarda l'organizzazione del servizio: la maggior parte dei casi relativi a persone adulte sono infatti impropriamente attribuite all'Ufficio Tutela della U. O. Minori del Dipartimento. La necessità di coinvolgere le risorse territoriali indicherebbero che questa competenza dovrebbe essere decentrata ai servizi municipali, almeno per i gruppi target già seguiti da questi. In sub-ordine, le funzioni di tutela pubblica per i minori potrebbero essere gestite dalle UIM³², anche per un raccordo più intenso con i servizi sanitari.

³¹ Cfr. più avanti la prospettiva di introduzione dei Punti Unici di Accesso (PUA) in accordo con le ASL.

³² Delle UIM si parla più avanti, nel capitolo che tratta dei servizi per i minori.

Particolare rilevanza assume, per il settore degli interdetti, un rapporto strutturato con i Servizi di Salute Mentale dei Distretti e i Servizi Disabili Adulti delle ASL. Attualmente, i rapporti sono improntati a collaborazioni personali, non sanciti da atti formali tra istituzioni.

Il decentramento del Servizio favorirebbe inoltre la collaborazione con altri servizi municipali, in modo da fornire supporto e snellezza nell'iter burocratico in alcune situazioni (soprattutto uffici anagrafici, atti notori, carte d'identità, gestioni e manutenzioni immobili case popolari ecc.).

In questa ipotesi, l'Ufficio Tutela del Dipartimento continuerebbe a seguire le persone in carico ai servizi centrali e a svolgere azioni di coordinamento e assistenza tecnica ai servizi municipali, assicurando l'uniformità delle procedure in tutto il territorio comunale.

d) Istituzione di Registri municipali degli amministratori di sostegno.

Le persone che hanno bisogno di questa figura di supporto nella maggior parte dei casi sono conosciute e seguite dai servizi sociali e sanitari del territorio. Emerge dunque con sempre maggiore evidenza la necessità di collegare l'azione di ricerca, formazione e affiancamento dei volontari disponibili a svolgere la funzione di amministratore di sostegno con i servizi municipali.

e) Altre misure

- ✓ Implementazione dello Sportello unico di accesso (PUA) in tutti i Municipi, in collaborazione con i servizi sanitari;
- ✓ Adozione sistematica della "Cartella sociale" in tutti i Servizi;
- ✓ Elaborazione di Guide ai servizi e agli interventi sociali (a livello cittadino e municipale);
- ✓ Sperimentazione di percorsi per l'identificazione di volontari che si rendano disponibili ad assumere l'incarico di tutore per persone minori di età, su mandato dell'autorità giudiziaria.

E.2 Servizi e interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale³³

Negli anni, alla povertà economica e alle forme "tradizionali" di disagio, si sono aggiunte "nuove povertà" e nuove fragilità sociali, come le madri sole con uno o più figli, le vittime di tratta o soggette a violenza intra ed extra familiare, i padri separati, le nuove dipendenze, il depauperamento delle relazioni familiari, le depressioni, i disturbi alimentari, l'indebitamento e il ricorso conseguente all'usura, la vulnerabilità sociale nel lavoro precario, l'espulsione dal mercato del lavoro degli ultraquarantenni.

Non è possibile, in questa sede, presentare un'analisi dettagliata e approfondita sui fenomeni della povertà, delle fragilità e dell'esclusione sociale a Roma, che richiederebbe ben altro spazio. Al riguardo, si rileva come siano però ancora insufficienti le conoscenze su questi aspetti, che fanno riferimento a ricerche occasionali e parziali. Per tale motivo, nell'ambito del Sistema Informativo Sociale (cfr. più avanti), in collaborazione con Enti di ricerca specializzati, saranno promosse indagini specifiche su queste tematiche, necessarie per una corretta rilevazione dei bisogni sociali della popolazione.

Nelle pagine seguenti, si presenteranno comunque alcuni "spaccati" sulla povertà economica, sul disagio abitativo, sulla violenza e sulle discriminazioni esercitate in particolare su alcuni gruppi, sull'esclusione sociale delle persone senza fissa dimora. Ulteriori analisi su altri gruppi a rischio di esclusione sociale (come gli anziani indigenti, le persone sottoposte a misure dell'Autorità

³³ Capitolo a cura dello specifico Gruppo di lavoro. Cfr. Allegato 2.

giudiziaria, i minori stranieri non accompagnati, i migranti ecc.) saranno svolte nei capitoli successivi.

E.2.1 La povertà e il disagio abitativo³⁴

La povertà nei nostri sistemi avanzati non è più solo una povertà di risorse, ma anche una povertà di "capacità". Oggi si può diventare poveri anche se si parte da una posizione di relativo benessere, poiché si perdono le capacità lavorative, relazionali e di intraprendenza.

Povertà e fragilità economica

Secondo l'Istat l'incidenza della povertà relativa nel 2009 è stata pari al 10,8% (era 11,3% nel 2008), mentre quella della povertà assoluta risulta del 4,7%. Il miglioramento, secondo il *X Rapporto su povertà ed esclusione in Italia*, pubblicato nel settembre 2010 dalla Fondazione Zancan e da Caritas Italiana, sarebbe solo apparente, dovuto all'abbassamento della linea della povertà relativa (da 999,67 euro del 2008 a 983,01 euro del 2009 per due persone). Aggiornando invece la linea di povertà del 2008 sulla base della variazione dei prezzi tra il 2008 e il 2009, il valore di riferimento salirebbe a 1.007,67 euro. Con questo ricalcolo, circa 223 mila famiglie "ridiventano povere" (relativamente). Il risultato è che, secondo la Fondazione Zancan e la Caritas Italiana, sarebbero 8 milioni e 370 mila i poveri nel 2009 (+3,7%).

La povertà si conferma un fenomeno che riguarda soprattutto il Mezzogiorno, le famiglie numerose (se in famiglia c'è un solo figlio minore l'incidenza della povertà relativa sale dal 10,8%, che è il dato medio, al 12,1%, mentre se ci sono tre o più figli l'incidenza è del 26,1%), quelle monogenitoriali e coloro che hanno bassi livelli di istruzione. Sempre più famiglie, in cui uno o più membri lavorano, sono povere.

Accanto ai "poveri", vi sono gli "impovertiti", che vivono in una situazione di forte fragilità economica. Persone che hanno modificato, in modo anche sostanziale, il proprio tenore di vita, privandosi di una serie di beni e di servizi. Il fenomeno è confermato anche da alcuni dati: nel 2009 il credito al consumo è sceso dell'11%, i prestiti personali hanno registrato un -13% e la cessione del quinto a settembre 2009 ha raggiunto il +8%. Facendo una media di questi indicatori, si può calcolare un 10% in più di poveri, da sommare agli oltre 8 milioni stimati. Nella vita di tutti i giorni la crisi si traduce in difficoltà a pagare la spesa, il mutuo, le cambiali (+14% nel 2009).

Nella Capitale sarebbero circa 170 mila - su 1.163.000 - le famiglie che vivono una situazione di povertà economica. Si tratta di oltre 400.000 persone, quasi il 15% dei residenti. Le famiglie più fragili risultano quelle con un solo genitore e quelle composte da una sola persona, il più delle volte anziana. Secondo le più recenti ricerche, tra i primi fattori di rischio di povertà delle famiglie ci sono l'elevato numero di componenti; la presenza di figli, soprattutto minori (avere tre figli da crescere significa un rischio di povertà pari al 27,8%); la presenza di anziani non autosufficienti; il basso livello di istruzione; la ridotta offerta di opportunità di lavoro; i costi onerosi, in taluni casi insostenibili, del mercato immobiliare.

Aumentano anche le famiglie *border line*. Si tratta non di famiglie povere in senso stretto ma di nuclei le cui risorse finanziarie sono appena sopra la linea della povertà, ossia la superano per una somma esigua che va da 10 a 50 Euro al mese. L'Istat calcola che queste famiglie "a rischio di povertà" nel Lazio siano oltre 900.000: esse arrivano con difficoltà alla fine del mese, e sono costrette spesso a indebitarsi e a ricorrere ad interventi assistenziali, nonostante abbiano un lavoro e un reddito (è il fenomeno descritto dagli studiosi come "*working poor*").

³⁴ I dati riportati in questa sezione fanno riferimento, se non diversamente specificato, alla Relazione della Commissione nazionale di Indagine sull'Esclusione Sociale (CIES, 2009).

Non solo, ma molte famiglie hanno problemi di consumo e debiti da estinguere. Le ragioni sono variegata: dalla perdita del lavoro alla malattia, dalle spese per cerimonie familiari al gioco, alla maldestra amministrazione del budget familiare, all'accensione di mutui per comprare casa o finanziamenti per ristrutturazione. Secondo la Commissione nazionale di Indagine sulla povertà, nella provincia di Roma l'indebitamento familiare medio arriva a 21.148 Euro annuo.

Altri dati completano il quadro. Nel Lazio, secondo l'Istat, il 9,7% delle famiglie è in ritardo col pagamento delle bollette, l'8,5% non può permettersi di riscaldare la propria casa, il 5% delle famiglie non riesce a comprare prodotti alimentari, il 10,6% le medicine, il 16,7% i vestiti. In una recente indagine condotta sulla percezione soggettiva della povertà, il 6% delle famiglie romane ha risposto di tirare avanti «con molta difficoltà», e l'8,8 «con difficoltà».

Il fenomeno della fragilità economica a Roma, non ancora diventata povertà estrema, riguarda anche anziani con la pensione minima, giovani precari, uomini neo-divorziati, nuclei familiari con pignoramenti in atto, persone in cassa integrazione.

Naturalmente la povertà è associata all'andamento del mercato del lavoro e quindi anche alla crisi economico-finanziaria globale di questi anni. A Roma, a dir il vero, la situazione occupazionale sembra meno preoccupante rispetto al contesto nazionale, anche in considerazione dell'incidenza dell'occupazione nel settore pubblico, meno esposto alle turbolenze dei mercati. In effetti, nel 2008 a Roma l'occupazione era cresciuta dell'1,3% rispetto al 2007, mentre il tasso di disoccupazione si attestava intorno al 7%, lo stesso livello del 2006³⁵.

Questi dati riflettono ancora la situazione anteriore alla crisi internazionale. Per una definizione più puntuale della condizione occupazionale della popolazione romana, sarà necessario aspettare i dati del 2009.

Secondo l'Istat, nel 2008, in Italia risultavano in condizione di *povertà assoluta*³⁶ quasi 3 milioni di persone, il 4,9% dell'intera popolazione. Applicando tale proporzione a Roma³⁷, si potrebbe dedurre che circa 114.000 persone non dispongano dei mezzi sufficienti per vivere dignitosamente. Le condizioni di tali persone sono caratterizzate da problematiche multifattoriali (redditi insufficienti, solitudine, malattia, dipendenze, ecc.) in un processo circolare di causa ed effetto.

Come già evidenziato sopra, un elemento causale della povertà a Roma è legato al costo della casa, insostenibile per decine di migliaia di famiglie. Un dato evidente è l'esorbitante canone medio mensile di affitto che per un monolocale a Roma, supera gli 805 euro, con picchi che vanno da 1.085 euro nel Municipio Roma 1 a 630 nel Municipio Roma 8; nel caso di un bilocale il canone medio mensile cittadino è di 1.010 euro, con valori estremi pari a 1.410 a Roma 1 e 750 euro Roma 6 e Roma 8.

Secondo l'Upi Lazio-Eures (2009), nel biennio 2007-2008 a Roma i provvedimenti esecutivi di sfratto sono stati 7.574 sfratti, pari all'89,8% di tutti quelli del Lazio, con un aumento del 32,55% rispetto all'anno precedente, e tra questi ben 4.879 riguardavano motivi legati alla morosità dei locatari. Il dato romano è in linea con quello nazionale: il Ministero dell'Interno ha segnalato come le richieste di esecuzione in Italia siano aumentate, rispetto al 2007, del 171,62% e gli sfratti eseguiti con la forza pubblica siano aumentati del 18,07% rispetto al periodo precedente.

³⁵ E' quanto emerge dalla seconda edizione del 'Rapporto sul mercato del lavoro a Roma - 2008' effettuato dal Servizio Studi dell'Ufficio di Statistica del Comune di Roma ed è il risultato delle elaborazioni condotte su una molteplicità di fonti di dati fornite dall'Istat, Inps, Inail, Isfol e Camere di commercio.

³⁶ La stima dell'incidenza della povertà assoluta viene calcolata sulla base di una soglia che corrisponde alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un determinato paniere di beni e servizi (es. 1 single a Roma 710 €).

³⁷ Ovviamente si tratta di un mero esercizio, che restituisce dati approssimativi, dal momento che gli indicatori applicabili a livello nazionale non sono utilizzabili, *tout court*, alla situazione romana.

La Capitale è tra i capoluoghi che superano il milione di nuclei familiari, la città con il maggior numero di sfratti in rapporto alla popolazione residente: 1/191 contro 1/451 di Torino e 1/691 di Milano³⁸. Nel 2009 la richiesta di sfratto a motivo dell'insolvenza nei pagamenti dell'affitto è stata tre volte superiore alle richieste di sfratto per finita locazione.

A Roma mediamente ogni giorno vengono "sfrattate" 28 famiglie (10 per finita locazione e 18 per morosità). Si tratta del 14% di tutti gli sfratti eseguiti in Italia. Altri dati confermano la "sofferenza abitativa" delle famiglie romane. Nella Capitale vi è il più alto numero di cittadini in "sofferenza bancaria" (12,2% contro il 2,8% del dato nazionale).

E.2.2 La violenza di genere

Un elemento di fragilità sociale vissuta e – in un certo senso – imposta, è quello collegato alla violenza esercitata in particolare sulle donne. Il fenomeno è purtroppo presente da sempre nella Città. Uno "spaccato" della situazione relativa alle situazioni di violenza e maltrattamenti delle donne può essere colto esaminando le attività del Centro Antiviolenza del Comune di Roma, gestito dall'Associazione "Differenza Donna".

Il Centro è stato aperto nel 1992. Da allora ha dato ascolto a più di 15.000 donne di età compresa tra i 16 e gli 80 anni, provenienti da tutti i Municipi di Roma, da Comuni della provincia e in alcune occasioni anche da altre Regioni. Nel solo 2008 le operatrici hanno incontrato più di 1.500 donne. Nella maggioranza dei casi la forma di violenza più confidata dalle donne alle operatrici è rappresentata da un prolungato maltrattamento all'interno della propria famiglia, ovvero l'insieme di violenza economica, psicologica, fisica e spesso sessuale esercitata in particolar modo da mariti, conviventi, compagni ed ex.

Uscire dalla situazione di violenza subita in famiglia è estremamente difficile, non solo per ragioni psicologiche e affettive: disoccupazione, difficoltà abitative e povertà economica in genere toccano da vicino la maggioranza delle donne, sole o con figli, che decidono di intraprendere questo percorso.

Il numero totale di donne accolte (ovvero sostenute attraverso percorsi seguiti dall'esterno e non in qualità di residenti ospiti): nel 2005 erano 446, nel 2006 398, nel 2007 612 e nel 2008 648. La tendenza all'aumento sembra confermata anche nel 2009, anno in cui agli inizi di novembre erano 572. L'incremento dei contatti riscontrato negli ultimi anni non è necessariamente collegato all'aumento dei casi di violenza, ma può essere anche un segno di maggiore consapevolezza da parte delle donne e della loro capacità di far emergere le situazioni in cui sono vittime di soprusi e violenze.

Relativamente alla provenienza, la maggior parte (tra il 60% e il 70%) sono donne italiane, anche se va aumentando la quota di donne straniere. Circa il 70% delle donne che si sono rivolte al Centro negli ultimi 4 anni aveva figli, dato da cui si può dedurre che anche centinaia di bambini siano vittime di violenza o perlomeno di violenza assistita.

Nella larga maggioranza dei casi, infatti, l'autore della violenza è il marito, il compagno o il convivente della donna. Del resto, nello stesso periodo la tipologia di violenza subita più frequentemente dalle donne è costituita dai maltrattamenti (tra il 56% e 80% dei casi), segue poi la violenza psicologica (tra il 9% e il 17%) e la violenza fisica e sessuale (valore che oscilla negli anni tra il 4% e il 12%).

³⁸ I dati sono riportati anche sul sito della Comunità di Sant'Egidio (www.santegidio.org).

In aumento sono le richieste di ospitalità³⁹ che purtroppo si scontra con le esigue risorse e gli spazi a disposizione.

E.2.3 L'esclusione sociale

Non esiste uno studio esaustivo sul numero delle persone senza fissa dimora. Il calcolo risulta complesso, anche a causa della natura stessa del fenomeno, in gran parte sommerso.

In base all'ultima pubblicazione del Dossier Caritas su "Disagio e Povertà a Roma", emerge che il fenomeno dei "senza casa" riguarda circa 2.000 persone che vivono in strada e fra i 3 ed i 4 mila coloro che vivono in alloggi precari e di fortuna in auto, baracche, accampamenti.

Prendendo ad esempio l'utenza dell'Ostello notturno gestito dall'organizzazione cattolica, generalmente chi vive in strada è soprattutto un uomo italiano o straniero, nella fascia di età 36-55, spesso con problemi di alcolismo o di disagio psichiatrico.

Secondo l'Agenzia europea FEANTSA, il fenomeno delle persone denominate "senza fissa dimora" deve essere articolato in diverse tipologie:

- a. "Senza Tetto" (*Roofless*), persone che vivono in strada, in sistemazioni di fortuna o che ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- b. "Senza Casa" (*Houseless*), ospiti in dormitori o centri di accoglienza, per immigrati, richiedenti asilo, rifugiati; persone in attesa di essere dimesse da istituzioni; che ricevono interventi di sostegno di lunga durata in quanto "senza fissa dimora";
- c. "Persone in sistemazioni insicure" (*Insecure*), che vivono in sistemazioni non garantite, a rischio di perdita dell'alloggio e di violenza domestica;
- d. "Persone in sistemazioni inadeguate" (*Inadequate*), che vivono in strutture temporanee/non rispondenti agli standard abitativi comuni, in alloggi impropri, in situazioni di estremo affollamento.

Dal rapporto "I senza fissa dimora a Roma" presentato insieme alle iniziative di sostegno dei senza fissa dimora della Capitale, promosse dall'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini e da Commercicity, in collaborazione con le organizzazioni della Rete della Solidarietà e con la Comunità di Sant'Egidio, risulta in aumento anche il *barbonismo giovanile*: si è abbassata infatti l'età media tra gli italiani e anche tra gli stranieri senza casa.

Il *Focus Help Center* attivo presso la stazione Termini ha svolto recentemente una ricerca sulle 2.746 persone prese in carico nel 2009. Secondo tale studio, le persone accolte dichiarano di vivere: 1.450 in strada o in stazione (53%); 605 presso

amici, conoscenti o dimore stabili (22%); 490 in centri di accoglienza (18%); 200 in case occupate (7%).

Confrontando questi dati con quelli segnalati sopra, si possono avanzare due ipotesi: o più del 70% delle persone senza fissa dimora passa per l'Help Center della stazione Termini, oppure - ed è probabilmente più rispondente alla realtà - il numero complessivo delle persone senza fissa dimora a Roma è maggiore di quanto ipotizzato finora.

Un fenomeno che solo recentemente è stato segnalato dai servizi sociali è quello del "barbonismo domestico". Si tratta di situazioni, in particolare di anziani o di persone affette da patologia psichiatrica. I casi, segnalati per lo più da vicini di casa, parlano di persone in condizioni che vivono isolate, che hanno tralasciato la pulizia dell'appartamento, utilizzato come rifugio e come magazzino per ogni genere di materiale recuperato in strada. Le condizioni igieniche risultano indescrivibili, con risvolti di pericolosità in caso di presenza di macchine per il gas. Particolare gravità è data dalla presenza di animali in casa.

³⁹ Da gennaio a novembre 2009 il Centro ha offerto ospitalità a 34 donne, unitamente a 32 figli minorenni.

E.2.4 Gli interventi per il contrasto della povertà e del disagio sociale

Non possiamo riportare qui l'intero sistema di servizi e interventi finalizzato ad ridurre l'impatto della povertà, del disagio e dell'esclusione sociale, anche perché, in questo settore in particolare, sono evidenti gli intrecci con le diverse aree del welfare. Per fare due soli esempi, interventi di inclusione sociale di persone con disabilità mediante un'efficace azione di inserimento lavorativo possono infatti contribuire al sostegno al reddito di una famiglia, rendendo innecessaria l'erogazione di un contributo per la casa, così come un contributo economico per l'affitto può prevenire l'aggravarsi di situazioni di fragilità sociale, che potrebbero sfociare in situazioni di vera e propria esclusione sociale.

Gli interventi municipali⁴⁰

Come per altri settori delle politiche sociali, i Municipi romani hanno competenze rispetto a tutti i cittadini residenti, e anche i senza dimora stabilmente dimoranti nel territorio o iscritti nell'anagrafe locale (presso l'indirizzo virtuale "Via Modesta Valenti"). In particolare, promuovono e gestiscono i seguenti servizi, direttamente o affidandoli ad enti del Terzo Settore: sostegno economico, orientamento e sostegno all'inserimento lavorativo, Centri diurni ed educativa territoriale, assistenza domiciliare, accoglienza in strutture residenziali, accoglienza in strutture emergenziali, assistenza alimentare: pasti autorizzati presso mense sociali.

Gli interventi dipartimentali

Il Dipartimento "Promozione dei servizi sociali e della salute" interviene centralmente per le persone che non hanno un riferimento territoriale e con alcuni servizi che prevedono un'organizzazione a livello cittadino. In particolare, oltre ai servizi generali e per l'emergenza sociale, il Dipartimento promuove e gestisce i seguenti interventi: azioni di promozione e prevenzione; accoglienza di minori stranieri non accompagnati; Centri di pronta accoglienza dei minori 0-6 anni, per preadolescenti e adolescenti; accoglienza in strutture residenziali per nuclei genitore-figlio; assistenza domiciliare ai malati di AIDS; Centri antiviolenza.

Tab. E.2 Dati sui Centri di accoglienza residenziale, per persone adulte 2010

Centro	Tipologia utenza	Capienza	Livello
San Camillo-Forlanini* Piazza C. Forlanini, 1 (XVI Mun.)	Adulti singoli, italiani, stranieri, apolidi, residenti e non residenti, in grave condizione di disagio economico e sociale	20	I
Via Santa Maria di Loreto, 35 (VIII Mun.)		60	I
"Madre Teresa di Calcutta" Via Assisi, 39 (IX Mun.)		80+10 (piano freddo)	I
Ostello Via Marsala 109 (I Mun)		247	I
"Casa Giacinta" Via Casilina Vecchia 15 (IX Mun.)			
Ostello Lung. P. Toscanelli, 176 (XIII Mun.)			
Via della Cisterna, 8 (I Mun.)	Adulti singoli italiani stranieri apolidi, residenti e non residenti in grave condizione di disagio	8	II - III
Via degli Apuli, 39 (III Mun.)	Adulti singoli con elevato livello di autonomia e autogestione	117	II - III

* Nota: Centro chiuso in data 8 dicembre 2010.

⁴⁰ Ulteriori informazioni sui servizi promossi dai Municipi sono ovviamente contenute nei rispettivi Piani sociali.

A seguito dell'Ordinanza del Sindaco n. 248/2008 le competenze relative al Servizio di assistenza alloggiativa, che gestisce 4 strutture, per un totale di 186 appartamenti, sono state trasferite all'Ufficio per le Politiche Abitative (come anche il "bonus abitativo" e l'assistenza nei residenzes). Il Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute, attraverso la U.O. Emergenza sociale e accoglienza, continua invece a gestire il servizio relativo all'accoglienza notturna degli adulti singoli e dei nuclei di madri con figli minori/gestanti in condizioni di emergenza.

Per le persone senza fissa dimora e con grave disagio sociale, è attivo un circuito di strutture residenziali che dal 2008 offre 132.420 pernottamenti in convenzione (mediamente, oltre 360 utenti per notte); i centri sono passati dagli 8 del 2008 ai 10 del 2009 ed ai 6 del 2010; i posti disponibili sono stati 765 nel 2008, 714 nel 2009 e 469 nel 2010.

Nell'ottica della razionalizzazione e personalizzazione degli interventi, recentemente è stata ridisegnata la mappa dei centri di accoglienza, destinando un maggior numero di posti alle situazioni di emergenza sociale, con particolare riguardo all'accoglienza di situazioni di elevata fragilità e multi problematicità specialmente nel periodo più freddo dell'anno.

Il numero di interventi del "Piano freddo" si mantiene costantemente al di sopra delle 1.100 unità. A questi si devono aggiungere i 720 utenti dei Centri diurni di Via Sapi e Stazione Termini.

Le mense sociali⁴¹

Nelle tradizionali 7 mense "storiche" attivate ormai da anni da organismi del Terzo Settore e del volontariato⁴² si è passati dai 552.400 pasti complessivamente offerti nel 2008 (mediamente circa 1.850 pasti al giorno) ai 538.799 del 2009 ed ai 545.667 del 2010 (comprensivi, in quest'ultimo anno, dei giorni di apertura durante le festività, pari a 21.667 pasti).

E' da osservare, però, che, per rispondere alla pressante richiesta, gli organismi gestori hanno erogato un numero di pasti di gran lunga superiore a quelli convenzionati con il Comune. In alcuni Municipi sono stati attivati servizi di fornitura di pasti caldi a domicilio.

Questo servizio, concordato tra i Servizi sociali, il medico di medicina generale e l'utente stesso, ha una duplice valenza: il soddisfacimento di un bisogno elementare e, nel contempo, un sostegno alla persona che viene così costantemente monitorata nella sua condizione, spesso di solitudine, dall'organismo gestore del servizio.

Tab. E.3 Dati sulle mense sociali

Indirizzo	N. Pasti
Via delle Sette Sale, 34 (Colle Oppio - I Mun.)	312.996 pasti l'anno
Via G. B. Soria, 13 (zona Battistini - XIX Mun.)	
Lungomare Toscanelli, 176 (Ostia - XIII Mun.)	
Via Marsala, 109 (Stazione Termini - I Mun.)	
Via degli Apuli, 39 (San Lorenzo - III Mun.)	47.808 pasti l'anno
Via degli Astalli, 14/a (Piazza Venezia - I Mun.)	35.700 pasti l'anno
Via Dandolo, 10 (Trastevere - I Mun.)	93.696 pasti l'anno
Via Lentini, 74 (zona Borghesiana - VIII Mun.)	11.520 (240 pasti per 48 gg)
Via dei Carraresi, 1 (zona Pisana - XVI Mun.)	11.520 (240 pasti per 48 gg)
Via Casilina Vecchia, 19 (Ponte Casilino - IX Mun.)	13.640 (220 pasti per 62 gg)

⁴¹ Il servizio delle mense sociali nel 2010 è stato rimodulato con una più capillare distribuzione territoriale.

⁴² Via Sette Sale, 34; Via G.B Soria, 13; Lung. Toscanelli, 176; Via Marsala, 109; Via Dandolo; Via degli Astalli; Via degli Apuli.

Tab. E.4 Dati sul servizio "pasti a domicilio"

Municipio	Servizio	Totale pasti
IV	30 pasti per 227 giorni	6.810
V	25 pasti per 303 giorni	7.575
VII	25 pasti per 227 giorni	5.675
VIII	25 pasti per 303 giorni	7.575
IX	25 pasti per 303 giorni	7.575
X	25 pasti per 303 giorni	7.575
XII	30 pasti per 227 giorni	6.810
XV	25 pasti per 227 giorni	5.675
XVII	25 pasti per 303 giorni	7.575
XVIII	25 pasti per 303 giorni	7.575
XIX	25 pasti per 303 giorni	7.575
Totale pasti erogati		77.995

Il servizio "Roma non spreca" e la Rete alimentare cittadina

Il progetto "Roma Non Spreca", coordinato dalla Sala Operativa Sociale, si occupa di promuovere la collaborazione con le grandi catene di distribuzione (ipermercati, supermercati e mercati rionali) che forniscono vari generi alimentari e beni di largo consumo. Il progetto è nato dall'esperienza iniziata nel dicembre 2004 del magazzino della solidarietà "Aiutare chi aiuta" presso via Assisi n. 39, usato per stoccare coperte, abbigliamento, generi di prima necessità acquistati dal Comune e a disposizione delle associazioni di volontariato attive sul fronte dell'assistenza per le persone senza fissa dimora.

Il servizio "Roma Non Spreca" ha creato una rete di fornitori e di fruitori delle risorse da raccogliere e ridistribuire. I prodotti vengono destinati ai centri di accoglienza, tramite le Onlus di riferimento, consentendo un sostanzioso risparmio economico e introducendo una collaborazione fattiva tra il profit e *no profit*.

Uno dei prossimi obiettivi è quello di privilegiare la territorialità dei bisogni e delle risorse e ciò con il duplice scopo, quello di facilitare il raccordo tra i fornitori e beneficiari (anche per ridurre gli sprechi di alimenti deperibili che vanno consumati tempestivamente) e quello di favorire l'immissione nell'elenco dei beneficiari, anche di piccole realtà che si occupano di accoglienza, ma che rischierebbero di rimanere esclusi dal circuito della fornitura.

In un prossimo futuro, a seguito di un protocollo di intesa stipulato con la Fondazione "Banco Alimentare ONLUS", è previsto l'avvio di una "Rete alimentare" per integrare con il recupero di cibi freschi e cucinati, il sostegno fornito dalle aziende e l'azione di assistenza ai più poveri della città. L'obiettivo della "Rete alimentare cittadina" è ridurre lo spreco di cibo, trasformando le eccedenze di mense, supermercati, mercati rionali e negozi in risorsa per chi ne ha bisogno. L'idea di fondo consiste nel far incontrare domanda e offerta, bisogno e disponibilità: da un lato chi produce cibo o ne gestisce grandi quantità – e, in mancanza di alternative, ne getta quotidianamente una parte nella spazzatura –, all'altro capo singole persone, famiglie e comunità povere o impoverite, che con quel "cibo di nessuno" possono integrare la loro alimentazione.

La rete alimentare cittadina sta partendo nei Municipi I, XII e XVIII, poi, nell'arco di alcuni mesi, sarà estesa all'intera città. Si prevede che il sistema, una volta a regime, consentirà di recuperare ogni giorno almeno 10.800 pasti, per un valore complessivo di circa 40 mila euro; su scala annuale, 2,5 milioni di pasti all'anno per 8,3 milioni di euro.

Il programma operativo prevede la mappatura del territorio (con l'individuazione di chi ha bisogno di cibo e di chi ne ha in eccedenza), la creazione di una sala di coordinamento in grado tra

l'altro di intervenire nei casi urgenti e di assicurare un collegamento continuo tra domanda e offerta, la distribuzione, a cura di operatori di enti assistenziali, debitamente formati, che dovranno garantire tempestività e il mantenimento della catena di conservazione dei cibi, secondo le norme di igiene alimentare.

E.2.5 Misure operative

Servizi di accompagnamento in uscita dal circuito assistenziale

Gli analisti del welfare italiano, così come gli operatori sociali più esperti, hanno messo in evidenza come uno dei limiti più evidenti del sistema di assistenza sociale del nostro Paese sia la scarsa efficacia. L'insieme delle prestazioni sociali attivate, che non poche volte comportano anche l'impegno di ingenti risorse economiche e professionali, sembra non siano in grado, in molti ambiti, di modificare strutturalmente le situazioni di dipendenza e di fragilità. Ne deriva il protrarsi nel tempo, a volte anche per generazioni, di una dipendenza dai servizi che genera passività e opportunismi costosi.

È necessario dunque rompere il circolo vizioso dell'assistenzialismo, rafforzando gli strumenti che possono sostenere la delicata fase di fuoriuscita dal circuito assistenziale. A tal fine è necessario riprendere in mano le Delibere 154/97 "Regolamento degli interventi assistenziali" e 163/98 "Intervento di sostegno economico per il superamento dell'emergenza abitativa", sulla base dell'esperienza maturata in questi anni.

Il principale riferimento per raggiungere questo obiettivo è il programma cittadino *RETIS* (Rete di Inclusione Sociale)⁴³, i cui obiettivi sono "mappare" il disagio sociale a Roma, raccogliere e aggiornare il quadro completo delle opportunità di formazione e lavoro per le persone in difficoltà, incrociare i dati e mettere in contatto domanda e offerta, avviando le persone fragili a concreti percorsi d'inserimento e alla conquista dell'autonomia. Le funzioni di raccordo e coordinamento del programma si estendono anche alla rete dei COL (Centri di Orientamento al Lavoro), con particolare riferimento alle strutture che operano in favore dei cittadini stranieri. Con *RETIS* si intende uscire dalle logiche dell'assistenza per far camminare le persone sulle proprie gambe, promuovendone l'autonomia.

La "rete" nasce per "mettere a sistema" e collegare due mondi: il *pianeta emarginazione* e quello formato dai molti che possono dare risposte al bisogno. Da un lato dunque gli assistiti dei servizi sociali comunali, le persone con lievi disabilità, le persone con lavori irregolari. Dall'altra, il mondo produttivo romano, comprese aziende pubbliche, cooperative, onlus, associazioni di volontariato laiche e cattoliche.

RETIS agisce secondo la logica dell'aggiornamento continuo, con una "cabina di regia" che raccoglierà ogni informazione sulle aree di disagio presenti sul territorio della Capitale e sulle possibilità di formazione e lavoro. Il tutto alimenterà una banca dati in grado di coniugare opportunità e criticità, domanda e offerta, progetti sociali in atto ed eventuali destinatari. Per questi ultimi si aprirà la porta dei tirocini, delle borse lavoro, del micro-credito.

Servizi residenziali innovativi

Per rispondere ad una domanda complessa e in rapida trasformazione, saranno avviati servizi residenziali innovativi, ad alta intensità sociale e bassa intensità sanitaria, al fine di rispondere ai bisogni di particolari categorie di persone:

⁴³ www.programmaretis.it

- anziani senza fissa dimora che non possono essere ospitati nei centri notturni e per i quali occorrerebbe prevedere una presa in carico h 24 al fine di veicolare il passaggio dalla strada all'accoglienza per il traghettamento verso soluzioni più idonee.
- adulti senza fissa dimora con patologie psichiatriche o legate alla dipendenza per le cui condizioni risulta indicato prevedere un'accoglienza integrata con i servizi psichiatrici territoriali e/o i servizi per le dipendenze, inserimenti mirati o reintegro nel mondo del lavoro.
- adulti senza fissa dimora in gravi condizioni di vulnerabilità sociale che presentano patologie specifiche richiedenti terapie ambulatoriali dedicate (chemioterapia, dialisi, convalescenze post-operatorie) che non consentono la dimissione dal centro di accoglienza notturna.
- donne vittime di violenza, in continuo aumento, a fronte di una esigua disponibilità nel circuito dedicato.
- donne accolte nei centri di accoglienza per madri con figli minori, che decidono di separarsi dal figlio (o addirittura di abbandonarlo), per le quali occorre prevedere particolari forme di tutela e sostegno.

E.3 Servizi e interventi per i migranti, richiedenti asilo e rifugiati⁴⁴

E.3.1 I migranti a Roma

Roma, o meglio il suo territorio metropolitano, è una delle mete preferite dai flussi migratori. Nel suo ultimo rapporto sugli indici territoriali di integrazione in Italia, il CNEL rileva che il territorio romano ha gradatamente aumentato negli ultimi anni la sua capacità di attrazione in campo socio-lavorativo, transitando da un indice di capacità "medio" a uno "alto".

In questa capacità dell'area romana di produrre sviluppo, e quindi benessere, la popolazione immigrata sta giocando un ruolo ben preciso, poiché si calcola che circa l'8% del PIL romano sia prodotto da lavoratori e imprenditori stranieri (dati Unioncamere).

I dati in crescita sul numero di famiglie straniere e sui minori stranieri che entrano nelle scuole suggeriscono la tendenza della popolazione immigrata romana a pensare alla propria sistemazione, al di là della precarizzazione normativa e del disagio in cui una parte piuttosto limitata versa.

Questa tendenza "a sistemarsi" diventa una vera e propria strategia di stabilizzazione strutturale, quando accostiamo ai dati precedenti quelli relativi agli "investimenti" che l'immigrazione romana fa rilevare sul nostro territorio. Sono investimenti su sé stessi, sulla propria capacità di vivere adeguatamente e alla pari con tutto il resto della cittadinanza italiana e contemporaneamente di fiducia nel "Sistema Roma".

La questione abitativa rappresenta l'elemento di maggiore difficoltà nel percorso di stabilità. Gli aumenti del canone di locazione nell'arco delle ultimi annualità ha superato di oltre il 30% quello derivante dall'inflazione.

A Roma, nel 2007, il 25% degli acquisti di case è stato compiuto da immigrati, che anche in questo modo hanno contribuito allo sviluppo economico della città. Esiste dunque una fascia di immigrati che sta scommettendo sulla propria stabilizzazione e sta investendo denaro, sforzi e futuro a vantaggio della comunità italiana.

⁴⁴ Capitolo a cura dello specifico Gruppo di lavoro. Cfr. Allegato 3.

Per gli immigrati che si trovano a vivere in una condizione positiva ne esistono purtroppo anche altri che conducono un'esistenza più opaca, faticosa, evidenziata da un mercato degli affitti troppo alto e dalla presenza di una speculazione sommersa che spinge verso le coabitazioni forzate, i posti letto, la precarietà. Sembra però che siano piuttosto gli eventi congiunturali a determinare la precarietà alloggiativa dei cittadini migranti, più che una scelta "culturale" di marginalizzazione urbana imputata a queste persone.

E' dunque da contrastare la percezione distorta delle fasce più vulnerabili della cittadinanza italiana che vede nella persona straniera un concorrente "privilegiato" nell'accesso alla casa. Questo antagonismo al ribasso sta generando una sorta di "guerra tra poveri" che non può trovare una soluzione con mezzi ordinari e rischia di consolidare le aree di marginalità.

E.3.2 I richiedenti asilo e rifugiati

Ogni anno nel nostro Paese circa 10.000 persone ottengono una qualche forma di protezione. I rifugiati in Italia, secondo dati UNHCR, sono 47.000. In questa cifra rientrano i titolari di protezione sussidiaria e umanitaria, ma non i minori e i rifugiati riconosciuti prima del 1990, quando è stata emanata la legge 39/90, cosiddetta "Martelli", che per la prima volta ha disciplinato il diritto d'asilo in Italia.

Nel 2009, secondo i dati rilevati dal Ministero dell'Interno, il numero di domande di asilo presentate è andato diminuendo, contrariamente a quanto avvenuto negli anni precedenti. Tra i motivi, la politica dei respingimenti intrapresa dal Governo Italiano. I migranti che giungono via mare, infatti, provengono prevalentemente da Paesi del continente africano – Eritrea, Etiopia, Somalia, Costa d'Avorio per citarne alcuni – e nel 70% dei casi presentano istanza di asilo che, secondo l'UNHCR, nel 50% ha un esito positivo.

Se le coste della Sicilia, della Calabria e della Puglia sono il primo approdo dei richiedenti asilo, Roma è definita la terra di "secondo sbarco". Le persone che usufruiscono della protezione internazionale passano per la Capitale, che diventa per alcuni transito e per altri dimora stabile. Perché Roma a volte è l'unica città conosciuta dall'estero, perché a Roma si ritiene di poter trovare lavoro, perché a Roma ci sono comunità ben radicate e perché a Roma ci sono servizi dedicati e una consapevolezza del fenomeno maggiore che in altre realtà italiane.

Il richiedente la protezione generalmente non ha una dimora fissa e i continui spostamenti, i cambiamenti di status – da richiedente a rifugiato e protetto – non consentono di poter avere dati certi sul numero delle presenze dei richiedenti la protezione internazionale o rifugiati nel territorio delle Capitale.

Esiste dunque una difficoltà strutturale nel calcolare il numero reale delle presenze sul territorio, sia per l'estrema mobilità dei rifugiati che seguono le stagionalità lavorative, sia per la rincorsa ad opportunità alloggiative informali prive di un controllo istituzionale.

Tuttavia è possibile fare delle ipotesi in base alla presenza nei centri di accoglienza e alla fruizione dei servizi del territorio. Roma Capitale nel 2010, attraverso l'Ufficio Immigrazione, ha accolto nelle 23 strutture convenzionate con organismi del privato sociale (per un totale di 1475 posti), 1.080 cittadini extracomunitari di cui 962 richiedenti e titolari di protezione internazionale.

Accanto ai centri di accoglienza comunali sono inoltre presenti

- ❖ una struttura di seconda accoglienza, denominata *Centro Polifunzionale "Enea"*, nata nel luglio 2007 grazie ad un Accordo di Programma con il Ministero dell'Interno, in grado di ospitare 400 persone;

- ❖ un C.A.R.A. (Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo) con circa 700 posti, nel Comune di Castelnuovo di Porto, ai confini del territorio comunale.

L'Amministrazione, attraverso uno specifico accordo con il Ministero dell'Interno, ha concluso nel marzo 2011 un processo teso all'efficientamento ed alla flessibilizzazione di tali servizi, che ha portato la capienza dei centri di accoglienza da 400 a 1.100 posti, con un ruolo di azione più diretto di Roma Capitale.

Il circuito dell'accoglienza di Roma Capitale è oggi indifferenziato per funzioni e obiettivi assegnati ai singoli Centri e si diversifica sostanzialmente per "categorie" d'ingresso (singoli o nuclei familiari); tempistica di apertura (ventiquattrore per famiglie e madri con bambino, dodici ore per i singoli); disponibilità di pasti (due o tre, in relazione all'apertura); tempi di permanenza (sei mesi per i singoli, nove mesi per i nuclei, con la possibilità di prorogare il periodo di permanenza in presenza di particolari problemi).

L'origine dell'attuale modello di accoglienza, costruito con un approccio prevalentemente assistenziale, si colloca 17 anni fa (momento della costituzione dell'Ufficio Speciale Immigrazione, struttura dedicata alla gestione dell'accoglienza e dell'integrazione dei cittadini migranti), dunque anni prima della nascita del primo Piano Nazionale Asilo – PNA (da cui è poi nato il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati - SPRAR).

È un modello "stratificato", che ha guardato prevalentemente all'ampliamento del numero delle strutture e dei posti disponibili, giungendo oggi a quasi 1.200 posti letto – circa la metà della disponibilità dello SPRAR in Italia – ma che nonostante ciò non è riuscito a rispondere al fabbisogno reale di accoglienza, né a sostenere concretamente i processi di autonomia delle persone accolte.

Nonostante questi servizi infatti le persone giunte a Roma non riescono a ricevere dalle istituzioni una risposta alloggiativa in linea con le aspettative. Secondo dati dell'Ufficio Immigrazione (al 10/1/2011), sono 1.188 le persone in lista di attesa – domande presentate da non più di un anno - e il tempo medio di attesa per l'ingresso in accoglienza è di circa 2 mesi.

Tali situazioni finiscono per alimentare un modello parallelo di accoglienza che si è realizzato attraverso le occupazioni di edifici pubblici incustoditi (che ha visto la sua massima espansione nel periodo 2002-2005).

Queste soluzioni di "autogestione" sono state tollerate negli anni passati dall'Amministrazione comunale in quanto funzionali ad evitare un conflitto sociale nel breve periodo, traslando la problematicità, anche di natura socio-sanitaria, a future possibili soluzioni.

Questa scelta ha ottenuto, come prevedibile, un effetto di consolidamento e legittimazione del modello informale, divenuto nel frattempo strutturale sia nelle forme che nel numero delle presenze, tanto da rappresentare un punto di riferimento già prima dell'arrivo a Roma.

L'appetibilità di questo modello informale, basata essenzialmente su un pacchetto minimale di regole di convivenza, modalità d'accesso non strutturate (ad eccezione di una modesta azione di autoregolazione degli ingressi), tempi di permanenza non vincolanti (periodo, orari, relazioni, fruibilità dello spazio), è diametralmente opposto a quanto previsto dai regolamenti di gestione dei centri aderenti al circuito istituzionale.

Altro fattore di attrattività per i richiedenti asilo e rifugiati nel territorio romano è stata la presenza di una pluralità di organizzazioni sociali religiose e laiche che nel corso degli anni hanno saputo sviluppare un *know how* specifico, assumendo così funzione di supplenza, vista la mancanza d'interventi qualificati che avrebbero dovuto svolgere le Istituzioni preposte.

Emerge dunque con chiarezza la presenza in città di due sistemi chiusi, complementari (percorso di accoglienza di rimbalzo) e alternativi.

Il circuito formale è basato quasi esclusivamente sulla capacità del singolo Centro di porre in essere misure adeguate per l'uscita positiva dei beneficiari dalla struttura e su un sistema di regole e condizioni di accesso predeterminate all'atto dell'avvio del servizio, modalità che a volte hanno alimentato tensioni tra ospiti e soggetti gestori.

Il circuito informale ha svolto il compito di decongestionare il numero di richieste di accoglienza rivolte agli uffici comunali ma, superata la fase di primissima risposta emergenziale, si è rivelato coercitivo e marginalizzante sia in termini spaziali che psicologici, anche se nei numeri questo circuito è divenuto equivalente a quello istituzionale.

Complessivamente, si possono dunque stimare in circa 8.000 i richiedenti o titolari di protezione internazionale che a Roma sono portatori di bisogni e usufruiscono di servizi. Altri dati (come quelli della Questura, della Caritas e del Centro "Astalli"), fanno presumere che questo gruppo sia ancora più consistente.

I rifugiati, i protetti sussidiari e i richiedenti la protezione internazionale hanno parità di diritti nell'accesso alle prestazioni socio sanitarie. Fruiscono perciò dei servizi municipali e dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'attività sanitaria a sostegno dei più vulnerabili, in particolare vittime di tortura, Roma ha sviluppato una certa peculiarità e specializzazione, grazie anche ai servizi gestiti dal Centro Astalli - il SaMiFo, Salute Migranti Forzati - dall'Istituto Nazionale contro le Malattie e la Povertà - INMP - all'interno della struttura ospedaliera del San Gallicano, dai Medici Contro la Tortura e dal CIR. In particolare l'INMP ha assistito nel corso del 2008-2009, 1.676 titolari o richiedenti la protezione internazionale.

E.3.3 Il modello di intervento

Appare evidente dagli elementi indicati come l'immigrazione romana si muova in modo spontaneo e autonomo verso una stabilizzazione personale e di vita, che non potrà non influire sulla quantità e qualità dei servizi pubblici in misura maggiore di quello che già oggi non avvenga.

I fattori di contesto ci descrivono la complessità del processo di integrazione, che comprende l'intera gamma dell'offerta dei servizi, non solo quelli sociali.

Purtroppo oggi le politiche per l'immigrazione si riducono spesso ad interventi di natura prevalentemente emergenziale. Ciò è particolarmente accentuato nel caso degli stranieri richiedenti asilo e rifugiati e dei minori stranieri non accompagnati⁴⁵.

È possibile rappresentare gli utenti stranieri in base alla tipologia di servizi a cui accedono prevalentemente. Il grafico seguente, attraverso la differente dimensione dei "cerchi" intende suggerire l'idea della diversa consistenza numerica di tali utenti.

⁴⁵ Dei minori stranieri non accompagnati si parlerà estesamente più avanti, nel capitolo relativo ai servizi e agli interventi per le persone in età evolutiva.

Grafico E.1 Persone straniere che utilizzano i servizi



Utenti di servizi educativi, sociali, sanitari e culturali indirizzati alla cittadinanza nel suo complesso, a prescindere dalla nazionalità. Esempi: *asili nido e scuole, ludoteche, consultori, ospedali, servizi per l'impiego, servizi per l'handicap, centri anziani, centri per la famiglia, ecc.*



Utenti di Servizi sociali "non specifici": Singoli o nuclei socialmente fragili che non usufruiscono di servizi dedicati a migranti, ma vengono intercettati in situazioni di disagio. Esempi: *Centri per i Senza fissa dimora, centri interculturali per minori; Centri per l'educazione degli Adulti (EDA); mense, ecc*



Utenti di servizi riservati a specifiche categorie di migranti. Interventi generalmente di carattere emergenziale e finalizzate a fronteggiare situazioni problematiche, senza il carattere della sistematicità. Esempi: *Centri di accoglienza per richiedenti la protezione internazionale, Centri di pronto intervento per minori stranieri non accompagnati, ecc.*

L'approccio sistemico non è però stato assente in questi anni: alcuni servizi hanno saputo operare oltre le logiche emergenziali. In questa parte vengono segnalate due esperienze consolidate, che presentano un approccio promozionale e una progettualità integrata.

Programma Retis

Il Programma nasce nei primi mesi del 2010 con l'obiettivo di connettere i bisogni e i fabbisogni delle persone più vulnerabili in termini di accesso e permanenza nel mondo del lavoro con il sistema delle opportunità territoriali (formazione e lavoro). E' un programma strutturale dedicato alla promozione dei processi d'inclusione sociale delle persone che vivono in condizione di marginalità con particolare attenzione ai migranti e ai rifugiati.

Il Programma dispone di un Fondo di Inclusione Sociale a supporto di progettualità individuali e collettive: attività di formazione, borse lavoro, Fondo rotativo per microcredito, avviamento all'autoimpiego.

Tra i compiti più importanti vi è dunque quello di consolidare e ampliare la rete delle interazioni tra gli attori istituzionali che operano per e nel territorio, al fine di favorire l'ottimizzazione degli

interventi, armonizzando l'utilizzo delle risorse economiche finalizzate alla promozione dei percorsi di autonomia sociale delle persone a cui Retis si rivolge.

Centro cittadino per le Migrazioni, l'Asilo e l'Integrazione sociale

Il Centro Cittadino per le Migrazioni, l'Asilo e l'Integrazione sociale è stato avviato nel 2005. Al suo interno si trova l'Ufficio Immigrazione, che fornisce servizi socio-assistenziali anche a carattere residenziale per immigrati, richiedenti asilo e rifugiati. I servizi sono completati dal Programma integra, struttura organizzativa nata a seguito del progetto sperimentale Integ.r.a., finanziato dal Fondo Sociale Europeo - Iniziativa Comunitaria EQUAL e realizzato nel 2004 - 2005 dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, a cui Roma ha aderito come partner.

Inserito organicamente all'interno dei servizi del Dipartimento per la Promozione dei Servizi sociali e della Salute, *Programma integra* promuove i processi di integrazione delle persone migranti e richiedenti protezione internazionale, attraverso fasi complementari d'intervento, quali assistenza socio-legale, percorsi di formazione, aggiornamento degli operatori del settore e dei mediatori culturali, preparazione e supporto tecnico per la presentazione di proposte programmatico - progettuali da attuare nel settore dell'immigrazione da parte dell'Ente locale.

Il Centro - che opera con risorse provenienti in parte dal Ministero dell'Interno e dall'ANCI - svolge anche un'importante funzione di rappresentanza interistituzionale e transnazionale, essendo spesso sede di incontro di Delegazioni estere in visita ai servizi rivolti ai cittadini stranieri. Solo nel 2008 hanno visitato il Centro Delegazioni della Svizzera, Svezia, Cina, Giappone, Libia, Germania e Inghilterra, oltre a quelle di diverse città italiane.

La presenza in città di una struttura in grado di operare su più fronti permette non solo di rispondere ai bisogni della popolazione migrante, ma anche di promuovere iniziative stabili di *fund raising* istituzionale, predisponendo iniziative in linea con quanto richiesto dagli Organismi finanziatori. Tale azione permanente consente anche il rafforzamento delle relazioni istituzionali, quale laboratorio di buone prassi e attore affidabile nell'attuazione di progetti complessi.

Centri interculturali per minori

I Centri Interculturali per Minori (prima del novembre 2009, denominati Centri per l'infanzia immigrata) rappresentano forse una delle esperienze più preziose dell'Amministrazione comunale in questi anni, anche se poco valorizzate. Un lavoro silente che ha distinto il servizio per la pragmaticità e la qualità offerta in un quadro di sostanziale incertezza organizzativa, vista la cadenza annuale del finanziamento legato ad Avvisi pubblici emanati dal Dipartimento V.

Si tratta di un sistema articolato d'interventi realizzato attraverso 20 strutture attive in 12 Municipi, suddivise in due macro tipologie: Centri per minori 0 - 6 anni e Strutture che si rivolgono alla fascia 6 - 18 anni. I Centri, gestiti da organismi del privato sociale, hanno interagito e coinvolto gli attori organizzati, le famiglie e i cittadini della zona di appartenenza. Dunque una funzione strategica di presidio territoriale aperto alla comunità che ha fatto di questi Centri vere e proprie "scuole di cittadinanza", in un clima educativo aperto all'interculturalità e alla solidarietà.

Le attività dei Centri si caratterizzano per una forte collaborazione con le istituzioni comunali e municipali, con il sistema scolastico e con l'associazionismo. L'accoglienza nei Centri avviene in qualsiasi momento dell'anno e con flessibilità oraria, a prescindere dalla conoscenza della lingua, indipendentemente dalla condizione giuridica del minore. Dal 1999 - anno di avvio dei servizi - al 2010, si stima abbiano frequentato le attività socio-educative oltre 6.000 bambini e ragazzi.

Si tratta di una progettualità vantaggiosa anche in termini economici. I costi - differenziati per fasce d'età - sono particolarmente contenuti: 15,50 Euro pro-capite pro - die nella fascia 0-3 anni,

12 Euro da 3-6 anni. La terza fascia (6-18 anni) offre servizi più “leggeri”, rivolti prevalentemente all’area ludico-ricreativa e di sostegno educativo. Il gradimento di questa progettualità è evidenziato dalla lunga lista d’attesa dei bambini che non riescono ad accedere al servizio, testimonianza dell’utilità di un servizio che è apprezzato anche per la flessibilità con cui risponde alle esigenze delle famiglie.

Programma “Roxanne”

Per le persone straniere vittime della “tratta sessuale” il Comune di Roma, con deliberazione del Consiglio Comunale 8 marzo 1999 n. 27, ha adottato un Programma rivolto alla prevenzione dei danni conseguenti all’esercizio della prostituzione e alla protezione delle donne vittime dei circuiti della criminalità organizzata.

Il programma, che prende il nome di “Roxanne”, si inserisce all’interno delle attività previste dal Testo Unico sull’Immigrazione, in particolare con le opportunità offerte dall’articolo 18, con il quale viene contemplata la possibilità di regolarizzazione delle vittime attraverso la contemporanea disponibilità delle stesse a favorire le azioni di contrasto verso gli sfruttatori. Nei casi in cui ricorrono le condizioni, il Programma Roxanne provvede dunque anche alla richiesta di rilascio del permesso di soggiorno da parte della Questura.

Il programma si rivolge soprattutto a donne dell’est europeo e nigeriane ed è articolato su più livelli. Prevede infatti attività di prevenzione e riduzione del danno, con obiettivi di informazione e tutela della salute e dei diritti fruibili (tra l’altro, Roma partecipa alle attività del Numero Verde Nazionale contro la tratta sessuale); accoglienza protetta, assicurata con la riservatezza dei luoghi, sia presso strutture appositamente realizzate, sia attraverso convenzioni con enti e organismi laici e religiosi; assistenza sanitaria presso le strutture ASL di zona; formazione e primo inserimento lavorativo.

Il sistema utilizza una struttura di rete che vede coinvolti, oltre ad enti pubblici quali la sanità locale e le forze dell’ordine, anche organismi privati laici e religiosi.

Il Registro pubblico dei Mediatori interculturali

Uno strumento oggi disponibile, che necessita di un sostanziale rafforzamento, è il Registro pubblico dei Mediatori Interculturali del Comune di Roma, istituito con Delibera del Consiglio Comunale n.160 del 18/7/2005, a cui possono accedere i cittadini stranieri in possesso dei requisiti previsti dalla Delibera stessa e dalla Determinazione Dirigenziale del Dipartimento V 3350 del 12.10.2006.

Al 26 gennaio 2010 i mediatori interculturali che avevano presentato richiesta di iscrizione nel Registro erano 483, provenienti da 69 Paesi. La maggior parte sono di sesso femminile (403 su 483, pari all’83,4%). L’età media si aggira sui 43 anni, mentre è di 11 anni la media di periodo del loro soggiorno in Italia. Sono persone di alto livello culturale: la metà sono laureati, mentre quasi tutti gli altri sono in possesso di un diploma.

L’azione dei Mediatori interculturali si sta rivelando sempre più preziosa per favorire i processi di accoglienza e integrazione sociale nei servizi sanitari e sociali, nei rapporti con la Giustizia, nella Scuola. Non riguarda solo la mediazione linguistica, che pure è essenziale e a volte imprescindibile. Sono in gioco anche altri valori di cittadinanza, perché senza una conoscenza autentica del vissuto delle persone, delle culture e tradizioni di provenienza, insieme con una comprensione non superficiale dei fondamenti valoriali e della normativa italiana, non è possibile costruire una convivenza fondata sul rispetto reciproco e sul dialogo.

E.3.4 Misure operative

Le migrazioni sono fenomeni complessi di natura spontanea, che richiedono un approccio non schiacciato su logiche di natura emergenziale, quanto piuttosto il rafforzamento di politiche di cittadinanza aperta e includente. Questa prospettiva necessita di alcune pre-condizioni, tra cui:

- l'individuazione di obiettivi di medio - lungo respiro, in grado di sostenere il "protagonismo della responsabilità" di chi ha deciso di stabilizzare il proprio progetto migratorio nella città;
- la costruzione di un' *Agenda civica* che individui strumenti dedicati all'armonizzazione e alla stabilizzazione di iniziative oggi troppo frammentarie ed estemporanee. Il riferimento è ad una mediazione sociale e culturale diffusa e strutturale nel territorio, vista come promotrice di percorsi di autodeterminazione del cittadino, non solo straniero.

Se si prende come paradigma il circuito comunale dei Centri di accoglienza per i titolari di protezione internazionale, e si prova ad immaginare un nuovo modello, questo esercizio potrà essere trasferito *non tanto negli esiti quanto nei processi*, al circuito dei minori stranieri non accompagnati, dal momento che la progettualità sistemica può divenire laboratorio di pratiche sostenibili.

L'insieme degli interventi tutt'ora in vigore dovrà essere riorientato verso l'obiettivo generale di *un sistema sociale che guarda alla promozione e alla velocizzazione dei processi di autonomia delle persone accolte*. Sostenere tale *mission* richiede di innovare le modalità da cui prende il via il percorso stesso delle accoglienze. L'attuale criterio della gestione della richiesta di accoglienza, basata prevalentemente sulla raccolta degli elementi "anagrafici" del potenziale utente, deprivandola della storia distintiva, non è coerente con la nuova prospettiva.

L'analisi dei bisogni, la valutazione delle condizioni legali e la biografia personale, dovranno divenire, già a monte, patrimonio del sistema ed elementi d'interesse su cui co-definire un possibile percorso d'inserimento. Tale proposta, proprio perché guarda al singolo progetto migratorio, determinerà una differenziazione dell'offerta dei centri in una serie di misure progressive e personalizzate che potremmo definire di accoglienza primaria e di seconda accoglienza, articolata a sua volta in semi-autonomia e autonomia.

La specializzazione dell'offerta in termini di servizi diretti e indiretti risponde alla necessità di dotare la Città di un modello d'interventi che adatta la propria offerta all'evoluzione del progetto migratorio delle persona, guardando al contempo alla dinamicità dei flussi migratori che coinvolgono la comunità.

Dunque la *centralità della persona e l'articolazione dell'offerta* appaiono le misure fondanti di un nuovo sistema di servizi cittadini, sostenute dalla necessità di realizzare accordi di natura interistituzionale. Tali accordi dovranno definire una governance capace di coinvolgere e integrare politiche e interventi settoriali, chiamando in causa *stakeholders* che oggi restano spesso ai margini nei processi di presa in carico comunitario (ad esempio attori della formazione e del lavoro).

Ogni persona che transita in questo spazio promozionale sarà portatrice di risorse e di nuove responsabilità in un "contesto accogliente". Una strada che, se intrapresa, richiederà al Comune di confermare la centralità dell'accoglienza, rilanciare il ruolo storicizzato di meta di "secondo sbarco" e al contempo operare un credibile e responsabile ampliamento del "collo" d'uscita del sistema, attraverso una progettazione più mirata all'autonomia delle persone accolte.

La definizione di un modello così articolato deve confrontarsi con una profonda differenziazione di approccio nell'accesso ai servizi. Le persone adulte titolari di protezione internazionale si rivolgono ai servizi di accoglienza, in gran parte, con la sensazione di essere giunti al punto di arrivo di un tragitto dopo il percorso di fuga, un momento di bilancio del proprio progetto di vita e

spesso di comprensibile appagamento. Questo “spazio” necessita di una riconfigurazione dei servizi di accoglienza velocizzando, non riducendo, la tempistica necessaria per la ricostruzione post “viaggio”, in modo da procedere alla riattivazione delle motivazioni che hanno spinto a mettere in gioco la propria vita per raggiungere l’auspicata autonomia.

Questo approccio non necessita di risorse straordinarie, ma richiede di rimuovere le rigide logiche dei confini amministrativi, assumendo una nuova capacità di armonizzare e razionalizzare i programmi di spesa. Questa prospettiva contiene in sé la capacità di riequilibrare anche l’asimmetria relazionale, riposizionando il baricentro degli interventi sociali dall’esterno verso l’interno di un territorio. Un processo che valorizza le risorse endogene, permettendo al contempo di attrarre risorse esogene funzionali al suo sviluppo, trasformando di fatto la comunità da oggetto utente/fruttore a soggetto committente/beneficiario dei servizi promossi al suo interno.

Le proposte che seguono fanno parte dell’indice di quell’*Agenda Civica* che può essere “sfogliata” nelle due direzioni per comprendere la dimensione del viaggio da realizzare e valutare le tappe eventualmente disattese. Alcuni dei punti dell’indice sono:

- ❖ un sistema di monitoraggio e valutazione in grado di apprezzare la specificità delle azioni in relazione ad indicatori individuati a monte dal sistema istituzionale;
- ❖ la creazione di un coordinamento interassessorile ed interdisciplinare in grado di programmare interventi sia di natura emergenziale che promozionale;
- ❖ un più incisivo coinvolgimento dei beneficiari dei servizi nella gestione del progetto migratorio;
- ❖ una maggiore partecipazione alla vita sociale delle organizzazioni di cittadini stranieri e delle comunità di riferimento, evitando le ghettizzazioni culturali;
- ❖ progettualità mirate alle persone più vulnerabili che non sono in grado di partecipare a programmi di progressiva autonomia senza uno specifico e personalizzato sostegno di natura psicosociale.

Grafico E.2 L'attuale modello di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati

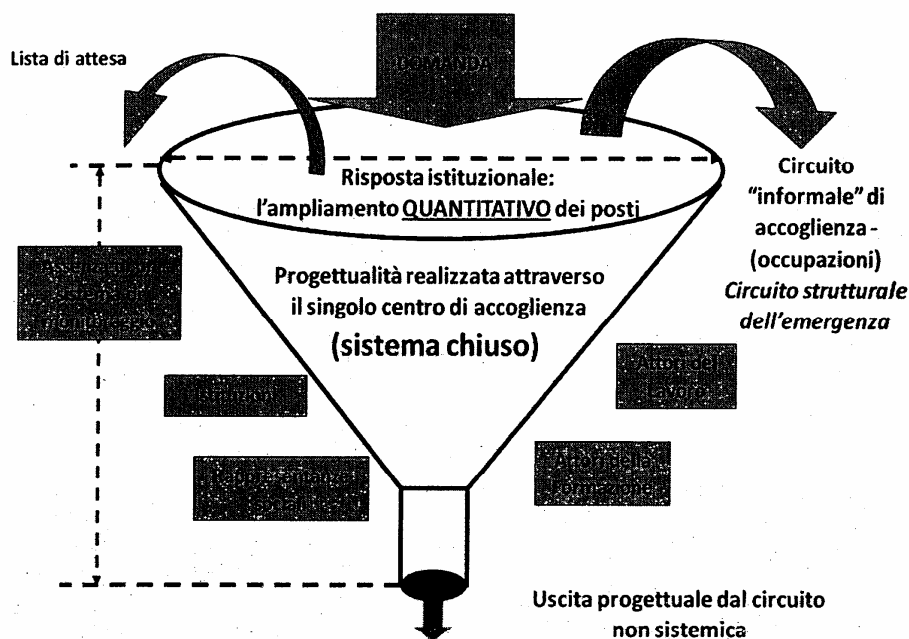
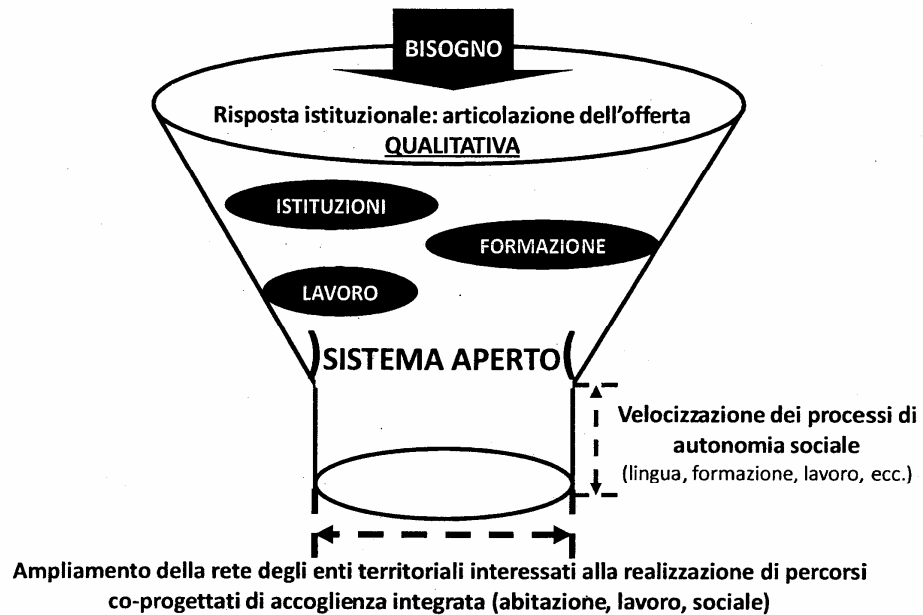


Grafico E.3 Il nuovo sistema territoriale di accoglienza



E.4 Servizi per la salute e per le persone con disabilità e disagio psichico⁴⁶

E.4.1 I bisogni di salute

Il tema delle condizioni di salute di una città è estremamente ampio. Qui resta ovviamente circoscritto ad alcuni temi che influenzano direttamente il sistema dei servizi e degli interventi sociali. Si accenna, in particolare, alla salute collettiva, alla prevenzione di comportamenti dannosi per la salute, ai bisogni sociali delle persone ammalate, con disabilità o con disagio mentale, ai servizi sociali e socio-sanitari attivati per queste categorie di cittadini.

La salute, un diritto sancito dalla Costituzione e dalle Convenzioni internazionali, ha una natura olistica e onnicomprensiva. I fattori sociali influenzano fortemente il godimento del diritto alla salute. Gli esperti concordano che esiste una relazione negativa tra scarsa salute e povertà. La povertà rappresenta la causa principale, diretta ed indiretta, di malessere, e la malattia aggrava lo stato di deprivazione economica e sociale della persona che ne è colpita.

Gli individui con uno stato di salute precario che vivono in condizioni di povertà, in assenza di adeguati interventi, sono destinati a permanere in un ciclo vizioso di esclusione. In generale, le persone con un basso titolo di studio presentano peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di morbosità cronica.

La quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male è molto più elevata tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%). Soffrono di una patologia cronica grave l'8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare⁴⁷.

In questo contesto, i bisogni sociali connessi alla salute riguardano non solo le persone affette da patologie, ma anche la qualità della vita di tutta la popolazione ed in particolare dei gruppi più poveri, più deboli e a rischio di emarginazione. Sinteticamente, si tratta dei seguenti bisogni:

- ✓ bisogno di informazioni corrette e tempestive in merito ai rischi per la salute, alle prestazioni esigibili, ai servizi sul territorio, alle procedure da attivare, agli eventuali costi per il cittadino, al consenso informato sui trattamenti sanitari nei casi previsti dalla legge;
- ✓ esigenza di vivere in un ambiente non inquinato, con aria respirabile, acqua non contaminata, rifiuti adeguatamente smaltiti e trattati;
- ✓ necessità di prevenire le conseguenze sulla salute dei fenomeni climatici più estremi, in particolare nei giorni più caldi e più freddi, soprattutto per le persone a rischio;
- ✓ bisogno di prevenire malattie determinate da mancanza di igiene ambientale e personale;
- ✓ necessità di uno stile di vita sano in relazione al cibo (obesità, bulimia, anoressia), all'alcol, alla vita sessuale, al fumo, all'attività fisica e sportiva;
- ✓ bisogno di sicurezza prevenzione degli incidenti in ambito domestico, lavorativo e stradale;
- ✓ possibilità di accesso ai servizi mediante una razionale ed equa distribuzione territoriale;
- ✓ opportunità di promuovere una cultura solidale nel settore della salute (ad es. mediante la donazione del sangue e degli organi);

⁴⁶ Il capitolo sintetizza il contributo del relativo Gruppo di lavoro. Cfr. Allegato 4.

⁴⁷ Fonte: ISTAT (2007), *Condizioni di Salute, Fattori di Rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005*.

- ✓ bisogno di semplicità nei percorsi di presa in carico del cittadino con problemi di salute da parte dei servizi sanitari e sociali, in particolare nel periodo post-ospedalizzazione;
- ✓ bisogno di continuità relazionale e assistenziale, anche al fine di consentire la permanenza nel proprio domicilio in tutti i casi in cui ciò sia possibile ed opportuno;
- ✓ bisogno di sostenere adeguatamente le famiglie e i *care givers* che si prendono cura di pazienti gravi e non autosufficienti, anche attraverso strutture di ospitalità transitoria.

La maggiore sfida per il welfare cittadino dei prossimi anni, in relazione ai bisogni di salute, è strettamente collegata al costante aumento della popolazione anziana, che comporterà una fortissima crescita delle malattie cronic-degenerative collegate all'età avanzata. In questo senso, si rimanda ai dati esposti nella sezione relativa alle dinamiche demografiche.

Sono comunque da considerare attentamente anche situazioni che in passato avevano creato un certo allarme sociale e che oggi rischiano di essere sottovalutate, come ad esempio la diffusione dell'AIDS. Al riguardo, il Servizio domiciliare malati di AIDS ha in carico più di 405 utenti, distribuiti su tutto il territorio cittadino. La maggior parte degli utenti presenta una doppia diagnosi, correlata quindi non solo alla patologia HIV, che ostacola una corretta presa in carico da parte della ASL.

E.4.2 Le persone con disabilità

Come per la malattia, anche per la disabilità si osserva una maggiore diffusione tra le persone di status sociale più basso, tra le quali la quota raggiunge complessivamente il 13,7% ,contro il 5,7% della popolazione di 25 anni e più, e ciò è vero in tutte le classi di età⁴⁸.

Non risulta però agevole reperire dati affidabili sulle persone con disabilità. L'Agencia di Sanità Pubblica del Lazio stima tra i 35 e 50 mila il numero di persone disabili che vivono nella Regione. Sulla base di questi dati, a Roma le persone con disabilità sarebbero tra 20.000 e 26.000.

Un indicatore dei bisogni di assistenza delle persone disabili può essere rappresentato dalla domanda di assistenza domiciliare rivolta ai servizi comunali nell'ambito del programma SAISH⁴⁹.

Tabella E.5 Utenti con disabilità in assistenza SAISH o in lista d'attesa (2010)⁵⁰

Utenti disabili	Minori	Adulti	Totale	%
Utenti in assistenza diretta	658	2.854	3.358	79,8
Utenti in assistenza indiretta	63	597	660	15,7
Utenti in assistenza mista	2	35	37	0,9
Totale utenti in assistenza	723	3485	4208	100,0
%	17,2	82,8	100	
Utenti in lista d'attesa per assistenza diretta	489	985	1474	89,6
Utenti in lista d'attesa per assistenza in diretta	32	139	171	10,4
Totale utenti in lista d'attesa	521	1124	1645	100,0
%	31,7	68,3	100,0	
Utenti assistiti	723	3485	4208	71,9
Utenti in lista d'attesa	521	1124	1645	28,1
Totale utenti in assistenza e in attesa	1244	4609	5853	100,0
%	21,3	78,7	100,0	

⁴⁸ ISTAT (2007), o.c. nella Nota precedente.

⁴⁹ Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona con disabilità.

⁵⁰ Dati forniti dai Municipi nella rilevazione del 31.3.2011.

Come si evince dalla tabella precedente, nel 2010 gli utenti disabili assistiti o in attesa di assistenza erano 5.853, di cui 1.645 in lista d'attesa (28,1%)⁵¹. Il 21,3% del totale degli utenti sono minori, ma tale percentuale scende al 17,2% se si considerano solo gli utenti assistiti.

Un ulteriore dato utile a stimare i bisogni di assistenza sociale delle persone con disabilità è quello degli alunni disabili iscritti negli Istituti scolastici.

Come si può notare nella seguente tabella, si tratta di quasi 6.400 minori⁵².

Tabella E.6 N. alunni con disabilità iscritti nelle scuole di Roma (A.S. 2009-10)

Scuola dell'infanzia	Scuola Primaria	Scuola 2° Grado	Totale
403	3.941	2.047	6.391

Altri dati che riguardano gli utenti disabili a Roma:

- ✓ 355 utenti inseriti negli 11 centri diurni socio/sanitari (finanziati da Roma Capitale su progetto ASL e gestiti dalle stesse);
- ✓ 389 posti in 53 case famiglia (in lista d'attesa ci sono 496 persone);
- ✓ 993 posti in RSA nel territorio romano (ai quali devono aggiungersi altri 2.543 posti in RSA distribuite nella Regione Lazio).

Le persone con disabilità sono portatrici di una serie di bisogni sociali che si sintetizzano nella possibilità di ridurre al minimo gli effetti negativi delle loro disfunzioni fisiche e sensoriali e dunque le limitazioni di opportunità rispetto a quelle della maggior parte della popolazione. Si tratta di bisogni collegati alla possibilità di condurre una vita sicura, serena e dignitosa, anche attraverso un'assistenza personalizzata; alla possibilità di un alloggio idoneo; all'acquisizione della massima autonomia possibile, anche attraverso l'utilizzo di ausili appropriati; alla partecipazione alla vita sociale e all'esercizio delle responsabilità civiche; all'accesso alle opportunità ludiche, culturali e sportive; all'accesso al lavoro e all'occupazione; all'esercizio del diritto all'istruzione.

Un bisogno particolarmente importante per le persone con disabilità è quello relativo alla mobilità, all'accessibilità delle strutture (assenza di barriere) e alla fruibilità dei mezzi di trasporto. Al riguardo, Roma Capitale assicura i seguenti servizi:

- *Trambus abile*. E' un servizio a chiamata con prenotazione, a disposizione delle persone con disabilità motorie e non vedenti gravi. L'accesso gratuito al servizio è autorizzato dal Dipartimento e viene assicurato per spostamenti legati a motivi di studio, di lavoro, di terapia riabilitativa e per attività sociali. La gestione è curata da Trambus SpA, attraverso la Centrale Operativa "Trambus abile". Prenotazione del servizio mediante numero verde (800.469540).
- *Mobility Card*. E' un servizio a cura del Dipartimento (Del. Consiglio Comunale n. 25 del 16/02/2004) a disposizione delle persone con disabilità motorie e non vedenti gravi, sostitutivo dei "Buoni Taxi", le cui autorizzazioni non vengono più rilasciate dal 1998. Il cittadino che ha ottenuto l'autorizzazione al servizio può utilizzare i taxi convenzionati servendosi della Mobility card prepagata. Nel 2008, a fronte di 2.963 richieste, 1.481 hanno usufruito del servizio; nel 2009 su 2.949 richieste ne hanno usufruito 1.515 e nel 2010, a 1.891 domande corrispondono 1.531 utenti⁵³.

⁵¹ Il dato è fortemente sottostimato, in quanto in alcuni Municipi non sono sempre registrate le domande, quando non vi sono probabilità che siano accolte.

⁵² Il numero è comunque sottostimato, in quanto non comprensivo dei dati del Municipio 3.

⁵³ Il dato è comunque sottostimato, dal momento che molti cittadini rinunciano a presentare la domanda.

Per entrambi i servizi l'Amministrazione ha avviato la revisione dei criteri di accesso e delle modalità di funzionamento, al fine di renderli più efficienti.

Nell'ambito della disabilità l'impegno dell'Amministrazione è teso a rendere più equa la distribuzione territoriale dei Centri diurni socio-riabilitativi per disabili gravi e a migliorare la comunicazione tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. In particolare, ciò riguarda anche la necessità di offrire sostegno e orientamento al nucleo familiare in presenza di un minore con disabilità al momento della nascita o comunque della diagnosi nel primo anno di vita. L'attenzione nella fase puerperale e gli interventi di aiuto in questo periodo della vita di un nucleo familiare permettono un intervento precoce sulla disabilità, con conseguente migliore risultato sul piano riabilitativo, riducendo il disagio psichico dei familiari.

E.4.3 Le persone con disagio psichico

Come si evince dalla tabella seguente, a Roma sono oltre 30.000 le persone adulte con problemi di *disagio mentale* in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle ASL. Di seguito, si riportano i dati forniti dalle ASL⁵⁴. Si tratta di persone con un'età tra i 16-75 anni (i minori sono in carico presso altri servizi).

Tabella E.7 N. cartelle aperte nei Centri di Salute Mentale al 1.1.2009

Municipio	N.	%
I	1.150	3,6
II	1.050	3,3
III	760	2,4
IV	1.540	4,9
V	2.638	8,3
VI	1.144	3,6
VII	1.869	5,9
VIII	2349	7,4
IX	828	2,6
X	2.436	7,7
XI	900	2,8
XII	1.106	3,5
XIII	2.639	8,3
XV	2.079	6,6
XVI	1.936	6,1
XVII	1.229	3,9
XVIII	1.636	5,2
XIX	2.193	6,9
XX	2.142	6,8
Totale	31.624	100

E.4.4 I punti di forza del sistema

Osservatorio permanente sull'accessibilità alle strutture comunali

Il progetto ha avuto inizio nell'autunno 2001 e consiste nella realizzazione di una banca dati telematica (www.comune.roma.it/accacomune/osservatorio) utilizzabile dai cittadini o dai turisti

⁵⁴ I dati riportati sono sottostimati, in quanto la ASL RM C non ha fornito dati completi.

con esigenze speciali per poter organizzare i propri spostamenti in città o dai tecnici del Comune per pianificare nel tempo gli interventi volti all'abbattimento delle barriere architettoniche.

L'Osservatorio si compone di una serie di schede, una per ogni area (asse stradale, infrastruttura ed edificio censito) e di alcune mappe tematiche della città. Le schede relative agli edifici di maggior interesse sono collegate alle mappe tematiche e richiamabili dalle mappe stesse, in modo tale da avere un quadro complessivo dell'accessibilità nella città. Attualmente sono state rilevate e descritte più di 3.600 strutture.

Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona disabile (SAISH)

Si tratta di un servizio socio-assistenziale gestito in modo integrato dai Municipi e dalle ASL. Prevede l'elaborazione di un progetto personalizzato d'intervento (con attività individuali e di gruppo) che ha come obiettivo lo sviluppo e il mantenimento dell'autosufficienza, dell'autonomia e dell'integrazione sociale della persona nei limiti delle condizioni personali.

Il servizio può essere attivato nella forma diretta, indiretta o mista. Nella forma diretta attraverso la libera scelta di un Ente Gestore che con suoi operatori attuerà il progetto personalizzato che potrà essere articolato in interventi individuali e/o di gruppo. Nella forma indiretta attraverso l'assunzione di un assistente personale da parte dell'interessato o della sua famiglia esclusivamente per gli interventi riferiti al superamento di stati di non autosufficienza. Nella forma mista attraverso un insieme delle due forme (diretta e indiretta).

Come già accennato, il servizio è oggetto di riforma (cfr. più avanti).

Laboratorio teatrale "Piero Gabrielli"

Il progetto, promosso dal Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della Salute (U.O. Disabilità e Salute mentale), dal Teatro di Roma e dall'Ufficio Scolastico Regionale, si rivolge a studenti di Istituti Scolastici di diverso ordine e grado, con e senza disabilità. Le finalità sono:

- favorire l'inclusione scolastica attraverso l'utilizzo di mezzi comunicativi propri dell'attività teatrale, con una metodologia originale del "Piero Gabrielli";
- favorire e supportare il cambiamento sia nel gruppo che nella singola persona oltre che in tutto il sistema scolastico;
- offrire pari opportunità agli studenti attraverso attività non competitive, che permettono a ciascuno di esprimere pienamente sé stesso recuperando le residue capacità;
- valorizzare le risorse degli operatori della scuola, del teatro e dei servizi, le loro professionalità ed esperienze pregresse.

Nell'anno scolastico 2008-09 sono stati realizzati 33 laboratori in 17 scuole, a cui hanno partecipato 945 allievi. Il progetto è inserito quale "buona prassi" nel progetto europeo *Disability and Social Exclusion* promosso da West (Welfare-Società-Territorio) e IAS (Ist. Affari Sociali)⁵⁵.

Assegnazione budget per assistenza personale indiretta

Il "sistema vita indipendente" consente agli utenti inseriti nell'assistenza indiretta e che necessitano di interventi risolutivi per la loro autonomia, di utilizzare, nello stesso mese di riferimento del servizio, il fondo concordato nel "piano personalizzato" di assistenza senza dover anticipare le somme necessarie per il pagamento delle competenze al personale di assistenza. Il Municipio valuta l'accesso al servizio dell'utente, definisce il "budget", mette a disposizione i fondi, controlla la qualità del servizio e della documentazione giustificativa delle spese. Infine trasmette alla U.O. Disabilità e Salute Mentale del Dipartimento i documenti necessari. Il Dipartimento provvede alla predisposizione degli atti amministrativi necessari all'impegno dei fondi e trasmet-

⁵⁵ In: <http://dse.west-info.eu>

te all'Istituto di credito le istruzioni in merito all'accesso diretto delle risorse assegnate da parte dei singoli utenti.

Valutazione della qualità della vita nelle strutture residenziali

Roma Capitale, nell'ambito del Progetto "Residenzialità per cittadini disabili", si è dotato di uno strumento di valutazione del Servizio denominato M.A.V.S. (Modello Attivo di Valutazione delle Strutture). Questo modello si caratterizza come un sistema di valutazione partecipato e ha come presupposto l'assunto che la valutazione sia un atto collettivo, uno spazio strutturato per riflettere sul lavoro svolto, un momento di crescita professionale e di apprendimento che attiva processi di miglioramento della qualità del servizio.

Gli strumenti operativi scaturiti da questo modello, attualmente in uso in tutte le strutture coinvolte nel Progetto, scaturiscono dall'esame delle *aree* che si ritengono più significative per la valutazione della qualità e che richiedono pertanto un monitoraggio attento e costante: la struttura; le risorse umane, il coordinamento, la programmazione, il protagonismo degli ospiti, le attività realizzate, la rilevazione della soddisfazione del servizio.

Progetto "Filippide"

Si tratta di un progetto finanziato dal Comune di Roma, proposto e realizzato dall'Associazione Sportiva Dilettantistica Sport e Società. Le attività sportive, che si svolgono da ottobre a giugno presso la piscina e gli impianti dell'Acquacetosa, comprendono nuoto e atletica leggera. Sono rivolte a disabili con ritardo mentale grave o gravissimo (prevalentemente Sindrome Autistica).

Nell'anno 2009/2010 sono iscritti alle attività sportive 60 persone disabili di diverse fasce d'età: piccolissimi (fino a 10 anni) e adolescenti (da 10 a 18 anni) con corsi di nuoto, giovani e adulti con corsi di nuoto o attività di atletica.

L'iniziativa nasce dalla convinzione che lo sport in generale e i processi che coinvolgono la partecipazione ad un evento sportivo possono costituire un utile strumento per favorire e rafforzare l'autonomia delle persone disabili, offrendo inoltre un valido sostegno alle famiglie degli atleti.

E.4.5 Elementi di criticità e nodi da sciogliere

Nella ricognizione del sistema dei servizi sono state rilevate in questo settore alcune criticità che vengono qui presentate in maniera sintetica. In generale si rileva soprattutto una diffusa mancanza di comunicazione tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali, conseguenza diretta di una integrazione socio-sanitaria mai avviata strutturalmente e frutto solo di episodiche situazioni di convergenza di intenti.

Più specificatamente, nell'ambito della *disabilità*, si osservano le seguenti aree di intervento nelle quali è necessario che l'Amministrazione attui politiche di efficientamento:

- orientamento e sostegno al nucleo familiare in presenza di un minore disabile al momento della nascita o comunque della diagnosi nel primo anno di vita;
- cura dei "bisogni educativi speciali" degli alunni disabili, nonostante l'impegno del personale di assistenza educativa culturale (AEC);
- Centri diurni socio-riabilitativi a forte integrazione socio-sanitaria per disabili gravi;
- riforma del SAISH;
- criticità collegate agli interventi residenziali: difficile gestione a causa della mancata distinzione tra residenze socio/assistenziali e socio/sanitarie;
- rete per l'inclusione lavorativa;
- riforma del trasporto per disabili;

- soggiorni estivi.

Più specificatamente, nell'ambito del *disagio psichico*, sono state rilevate le seguenti criticità:

- carenza di appartamenti pubblici da assegnare a cittadini con disagio mentale;
- carenza di adeguate risorse economiche per l'incremento di nuovi appartamenti, nonché di risorse umane per il potenziamento di nuove esperienze;
- insufficiente applicazione della Lg. 68/98 per le persone sofferenti mentali;
- disparità di risposta dei Municipi negli interventi di sostegno alla persona;
- rete di inclusione lavorativa.

E.4.6 Un nuovo approccio alla disabilità

Un diverso approccio alla disabilità, o meglio alle disabilità, significa accettare le differenze di identità personali, uscendo da rappresentazioni che riducono la disabilità al *deficit*, alla riabilitazione e ad un'azione educativa essenzialmente compensativa. Due strumenti inducono ad intraprendere con decisione questo nuovo percorso.

Il primo strumento è una nuova legge, la n. 18 del 3 marzo 2009, che ratifica la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'ONU il 13 dicembre 2006. La Convenzione, oltre al notevole valore giuridico di diritto internazionale, opera un forte cambiamento culturale, poiché abbandona la vecchia logica che considerava le persone con disabilità una categoria sociale separata e bisognosa di provvedimenti speciali e adotta un nuovo paradigma, per cui i diritti della persona con disabilità sono semplicemente i diritti di tutte le persone.

Un approccio, quindi, che sancisce *l'universalità, l'individualità, l'interdipendenza e interrelazione di tutti i diritti umani e libertà fondamentali e la necessità di garantirne il pieno godimento da parte delle persone con disabilità senza discriminazioni* (Preambolo lett. c).

Un tale cambiamento culturale esige, in un'ottica di *mainstreaming*, l'integrazione della prospettiva "disabilità" in tutti gli interventi delle pubbliche amministrazioni. Le politiche sulle disabilità dovrebbero trasformarsi così da "politiche speciali" a "politiche generali", superando l'approccio meramente medico/sanitario.

Il secondo strumento è la nuova "*Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute*" (ICF) emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La situazione attuale riscontra una pluralità di forme/modalità di accertamento derivante dalle diverse norme (invalidità civile, sordità, cecità, condizione di handicap, ai fini dell'inserimento lavorativo, non autosufficienza...), per cui si hanno certificazioni/sistemi di valutazione diversi e non compatibili.

L'OMS nell'ICF propone di arrivare all'accertamento della condizione di disabilità attraverso un approccio bio-psico-sociale. Secondo l'ICF lo stato di disabilità è il risultato di un'interazione tra menomazione, limitazioni e restrizioni delle attività e barriere ambientali. In tal senso si parla di condizione multidimensionale, attraverso la triplice declinazione fisica, sociale e ambientale.

Una valutazione condivisa della condizione di disabilità, adottata da tutti i soggetti istituzionali, potrebbe favorire il superamento della netta separazione tra sociale e sanitario, in modo da pervenire ad una progressiva unificazione dei diversi procedimenti di accertamento vigenti anche in altri settori (scuola, lavoro, ecc.).

Il nuovo approccio esige perciò un profondo ripensamento dei rapporti tra i servizi sociali e quelli sanitari. Anche in questo settore **si pone dunque l'esigenza di una vera e strutturale integrazione socio-sanitaria**, un proposito più volte e da tempo annunciato, ma che non si è ancora concretizzato. La costruzione di un'interfaccia unica del sistema di *welfare* nei confronti delle

persone con disabilità può assicurare una “presa in carico” integrata e una risposta progettuale adatta alle condizioni della persona. A livello locale si potrebbero ricomporre le molteplici risorse oggi frammentate in tanti rivoli, mediante un sistema di *welfare* centrato sulla persona con disabilità e sulla sua famiglia.

E.4.7 Misure operative

Promozione della salute

- promuovere la salute in tutte le tappe evolutive della persona con campagne di sensibilizzazione e percorsi educativi sul valore della salute, sulla prevenzione di alcune malattie croniche, sulla importanza della lotta alla obesità, alla bulimia e all'anoressia;
- sviluppare servizi di sollievo alle famiglie con pazienti gravi, attraverso micro strutture di ospitalità transitoria che permettano alle famiglie di attrezzare la casa per ospitare il paziente cronico e assumere le nozioni base per la gestione domestica del paziente cronicizzato;
- sviluppare attività di prevenzione nelle persone anziane, al fine di prevenire micro patologie che, a causa del fattore anagrafico, possono potenzialmente sfociare in situazioni invalidanti.
- promuovere nuove iniziative finalizzate alla sicurezza sui luoghi di lavoro.

Nascita di bambini con disabilità

- promuovere intese per un'azione integrata tra ospedale e servizi territoriali al momento della nascita di un bambino con disabilità; gli interventi di aiuto in questo periodo della vita di un nucleo familiare permetterebbero un intervento precoce sulla disabilità, con conseguente migliore risultato sul piano riabilitativo, ridurrebbero il disagio psichico dei familiari, contribuirebbero all'eliminazione o al contenimento dei disturbi psichiatrici (per la persona e per la sua famiglia) che spesso si innestano su una situazione di disabilità;
- definire protocolli operativi tra ospedale (e luogo del parto) e servizio territoriale, al fine di garantire una presenza del servizio già al momento della comunicazione della diagnosi e la messa in atto, in accordo con la famiglia, di un primo progetto di presa in carico che affianchi concretamente la famiglia nella difficile gestione di problemi complessi che possono segnalarla profondamente e determinare diversi esiti per il futuro del bambino e per la famiglia.

Inclusione scolastica

- adottare le misure necessarie a sostenere la mission della scuola in relazione all'integrazione scolastica per lo sviluppo delle potenzialità della persona con disabilità nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione” (L. 104/92 art. 12 c.3);
- programmare gli interventi in modo condiviso tra Ente Locale, ASL e Scuola: analisi dei contesti, definizione delle risorse necessarie, determinazione del gestore del progetto, del valutatore e del controllo;
- definire i compiti, il profilo professionale e il contesto operativo degli AEC (sia pubblici che del terzo settore) e delle altre figure d'assistenza presenti nella scuola;
- differenziare l'intervento necessario per bambini con disabilità e bambini che necessitano di interventi educativi specifici;
- programmare in modo adeguato l'uscita dal percorso scolastico, nel rispetto dal progetto personalizzato, valutando potenzialità e difficoltà.

Servizio SAISH

Per le misure operative in relazione al SAISH, cfr. quanto previsto in merito alla riforma dell'assistenza domiciliare.

Residenzialità

- favorire misure differenziate a seconda delle differenti situazioni di vita delle persone, che comprendano anche alloggi senza barriere architettoniche nelle case di edilizia popolare;
- sviluppare, in collaborazione con i DSM, i progetti integrati di "residenzialità" per i cittadini con disagio mentale che hanno raggiunto un sufficiente grado di autonomia e che hanno una discreta possibilità di sperimentarsi in ambiti di vita normali (strutture personalizzate in appartamenti di civile abitazione, nuove residenze, possibilmente nel quartiere di origine della persona, in modo da mantenere i propri riferimenti, strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale e socio-sanitaria).

Inserimento lavorativo

- omogeneizzare e mettere a sistema gli interventi dedicati all'inserimento lavorativo dei soggetti con fragilità, all'interno del Programma Retis;
- sostenere il pacchetto normativo relativo alla c.d. riserva del 5% attraverso la creazione di una "cabina di regia" all'interno della Direzione esecutiva di Roma Capitale;
- promuovere il sistema delle *fattorie sociali* a valenza riabilitativa e inclusiva, laboratori artigiani integrati, cooperative sociali integrate tipo B, ecc.

Altre proposte

- rivedere il servizio di aiuto a carattere socio-assistenziale in favore delle persone affette da AIDS e infezione da HIV, tenendo conto dell'evoluzione del quadro sanitario;
- ampliare la possibilità di partecipare ai soggiorni per anziani delle persone con disabilità;
- realizzare interventi a sostegno delle persone con disagio mentale per favorire la permanenza nella propria abitazione e nel proprio ambiente sociale.

E.5 Servizi e interventi per le famiglie⁵⁶

Il nuovo Piano Regolatore Sociale intende contribuire a realizzare interventi di sostegno e valorizzazione della famiglia, riconoscendone il ruolo fondamentale come nucleo fondamentale della società (articoli 29, 30 e 31 della Carta Costituzionale).

La famiglia è profondamente coinvolta nei processi che attraversano la realtà contemporanea. Tali mutamenti sociali e culturali rischiano di portare ad un indebolimento della stabilità delle relazioni familiari e delle reti informali che tradizionalmente hanno sopperito alla scarsità di politiche di sostegno alla famiglia.

E.5.1 I bisogni sociali delle famiglie

La famiglia è la principale risorsa del welfare: se accompagnata da adeguate politiche di sostegno, può rendere tangibile il principio di sussidiarietà. Famiglie sane e unite donano alla società persone forti e responsabili, in grado di partecipare alla vita sociale in modo attivo consapevole.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale è chiamato a pianificare un sistema di servizi sociali integrato con gli interventi in favore della famiglia⁵⁷. Questi non si possono esaurire in risposte circoscritte a singole necessità o a situazioni di emergenza assistenziale. La famiglia va considerata nei diversi ambiti della vita quotidiana e sociale: nel rapporto tra vita familiare e lavoro, nella concia-

⁵⁶ Questo capitolo, come quello seguente, riprende e sintetizza il lavoro del gruppo "Famiglia e minori". Cfr. Allegato 5.

⁵⁷ Con ordinanza sindacale, n. 18 del 17 gennaio 2011, il Sindaco ha attribuito la delega alle Politiche di Promozione della Famiglia e dell'Infanzia, all'Assessore preposto al Dipartimento Servizi Educativi e Scolastici.

liazione tra esigenze di cura e tempo libero, nell'esercizio delle responsabilità genitoriali e filiali, nella vita associativa, che comporta anche l'associazionismo familiare.

Dall'analisi dei dati demografici che sono stati riportati nella prima parte, si possono evincere le "radici" della debolezza sociale delle famiglie. Risalta soprattutto la crescente fragilità e instabilità della convivenza familiare. A fronte di una certa "tenuta" del numero dei matrimoni celebrati (in cui si registra un costante aumento dell'incidenza del rito civile rispetto a quello religioso), aumentano le separazioni e i divorzi. L'indebolimento della famiglia genera, a sua volta, problemi di tipo socio-economico, non solo per le spese connesse alla rottura del vincolo matrimoniale, ma anche a causa dell'aumento dei costi della vita derivanti dalla separazione, che in alcuni casi può condurre rapidamente a condizioni di rischio e di povertà uno o più membri.

Esiste anche un problema relativo alle difficoltà e alla posticipazione della formazione delle nuove famiglie. L'età degli sposi al primo matrimonio è in continua ascesa. Per le donne è di circa 30 anni e per gli uomini qualche anno in più. Questo dato è collegato non solo alle difficoltà dei giovani nell'acquisire la necessaria autonomia lavorativa e abitativa, ma anche a fattori di tipo culturale. Le nuove famiglie, in linea con l'aumento dell'incidenza della popolazione straniera, sono sempre più "miste". Il numero di nozze dove almeno uno degli sposi è straniero si è elevato in modo significativo negli ultimi 10 anni.

Tutto ciò comporta bisogni specifici delle famiglia⁵⁸, che si traduce nella necessità di un sostegno sociale mirato:

- ✓ alla formazione di nuovi nuclei familiari, mediante misure di incentivazione dell'autonomia delle giovani coppie;
- ✓ alla stabilità del matrimonio, attraverso servizi di consulenza e mediazione familiare;
- ✓ al sostegno della natalità, con interventi di affiancamento nel periodo perinatale⁵⁹ e di sgravi economici proporzionati al numero dei figli;
- ✓ allo sviluppo delle competenze e delle responsabilità genitoriali, in particolare nei confronti dei figli pre-adolescenti e adolescenti;
- ✓ alla possibilità di conciliare i tempi dedicati al lavoro con le esigenze della vita familiare e della cura dei suoi membri più deboli;
- ✓ all'inclusione sociale delle famiglie straniere, nel rispetto delle culture di provenienza, purché in armonia con i valori definiti nella normativa italiana;
- ✓ all'autonomia economica delle famiglie più fragili e a maggiore rischio di povertà;
- ✓ al potenziamento delle offerte di nidi e scuole materne;
- ✓ ad una progettualità urbana e commerciale più attenta alla cura e manutenzione e sviluppo di spazi gioco per i minori;
- ✓ ad offerte per la animazione dei minori che copra tale servizio soprattutto nei periodi di vacanza scolastica, consentendo maggiore tranquillità e minor aggravio di spesa ai genitori che lavorano.

E.5.2 I servizi e gli interventi sociali per la famiglia

Roma Capitale da alcuni anni ha sviluppato una serie di interventi che hanno come destinataria diretta la famiglia. In questa sede, senza alcuna pretesa di esaustività, si presenta un quadro dei

⁵⁸ Cfr. anche "Indagine sui bisogni delle famiglie con minori del Comune di Roma", a cura di Barbara Menghi e Romina Polverini, promossa dal Dipartimento XVI "Politiche di Promozione dell'Infanzia e della Famiglia" di Roma Capitale.

⁵⁹ Recenti ricerche hanno sottolineato il fatto che le famiglie incontrano le maggiori difficoltà nei primi anni dopo la nascita del primo figlio. La condivisione delle esperienze, nonché lo studio di adeguate forme di cooperazione economica, possono contribuire in maniera significativa al consolidamento della famiglia.

principali interventi a carattere socio-assistenziale attivati dai Municipi e dal Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute⁶⁰.

Bonus per le spese di affitto.

Si tratta dell'erogazione di contributi economici transitori al nucleo familiare in difficoltà abitativa a seguito di una sentenza di sfratto e avente un reddito non superiore a 11.362 euro, come ausilio nel pagamento del canone d'affitto di un nuovo alloggio privato (Del. C.C. 163/1998). Roma Capitale pubblica annualmente il bando per accedere ai "buoni casa", che permettono ai beneficiari di usufruire di un'integrazione economica per il pagamento dell'affitto. I requisiti sono: residenza nel Comune di Roma Capitale e nell'alloggio per l'affitto del quale è richiesto il contributo; non beneficiare di altre provvidenze finalizzate al pagamento del canone di locazione; limiti di reddito definiti annualmente e calcolati sulla base dell'ISEE, non essere assegnatari di immobili di Edilizia Residenziale Pubblica e conduttori di immobili ad uso abitativo di proprietà del Comune, né conduttori di alloggi appartenenti alle categorie catastali A1 e A7 – A8 – A9; non possedere beni immobiliari in proprietà e/o in usufrutto di valore complessivo superiore a 100.000 euro.

Agevolazioni per il pagamento della tariffa sui rifiuti.

Riduzione annua di 90 euro per il nucleo familiare che non possiede quote di immobili nell'intero territorio nazionale superiori complessivamente ad un valore calcolato ai fini dell'ICI di 25.822,84 euro (piena proprietà, usufrutto, diritto di abitazione, contratto di comodato). Esenzioni e facilitazioni sono previste per nuclei familiari composti da anziani con bassi redditi.

Contributo "una tantum" per il pagamento del gas.

Contributo straordinario per i nuclei familiari a basso reddito, finalizzati al pagamento delle utenze del gas in caso di consumo elevato; sostituzione caldaia; adeguamento alle norme sulla corretta tenuta delle caldaie; nuovi posizionamenti e sostituzioni delle caldaie (D.G.C. 672/05).

Centro per la famiglia.

I Centri per la famiglia sono presenti in 8 Municipi per offrire un sostegno alle famiglie nei percorsi della vita quotidiana e nell'affrontare i piccoli e grandi problemi che si incontrano nell'allevare e nell'educare i figli. L'offerta di servizi è molto diversificata: nella maggior parte dei Centri sono attivi servizi di consulenza e sostegno alle famiglie in difficoltà (es. mediazione familiare, spazi per gli incontri protetti dei figli con i genitori non affidatario, consulenze psicologiche e legali, sostegno alla genitorialità). Più raramente si svolgono presso questi centri anche iniziative volte a creare spazi di aggregazione e confronto tra le famiglie anche in assenza di una crisi.

Accoglienza in strutture residenziali: nuclei "madre-figli".

Il servizio è finalizzato all'accoglienza di madri sole con uno o più figli minorenni e di gestanti in condizione di grave disagio abitativo e prive di una rete di supporto familiare e sociale. Il servizio prevede diversi livelli di accoglienza, allo scopo di favorire l'autonomia delle persone, in vista della loro dimissione dal circuito assistenziale.

Assegni di maternità/nucleo familiare (Legge 448/98).

L'assegno di maternità è un contributo economico mensile erogato dall'INPS alle madri che hanno partorito, adottato o ricevuto in affidamento preadottivo un bambino. Può essere richiesto da donne residenti a Roma, cittadine italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso della carta di soggiorno o dello Status di Rifugiato politico. Le richiedenti devono possedere un reddito complessivo non superiore ad un certo valore ISEE; non avere copertura previdenziale o avere

⁶⁰ Per una più completa presentazione dei servizi e in generale delle "risorse" per la famiglia a Roma, si può consultare il 1° Dossier Famiglia 2008, a cura dell'Assessorato alle Politiche di Promozione della Famiglia e dell'Infanzia.

una copertura inferiore a un determinato importo il cui ammontare è determinato annualmente; non beneficiare dell'assegno di maternità previsto dalla Legge 488/99.

Assegno al Nucleo Familiare.

È un contributo economico mensile erogato dall'INPS per tredici mensilità ai nuclei familiari in cui sono presenti tre o più figli minori. Può essere richiesto da cittadini italiani e comunitari residenti in Roma Capitale con tre o più figli di età inferiore a 18 anni. Per ottenere l'assegno è necessario avere un reddito complessivo non superiore ad un determinato importo ISEE.

La "Carta Bimbo/a"

È un'iniziativa dell'Assessorato per la promozione dei servizi sociali e della salute, dedicato alle neo-mamme per il primo anno di vita dei loro bimbi, che offre sconti su latte e pannolini, un tutor dedicato e altre agevolazioni. La Carta è distribuita nelle strutture ospedaliere che hanno aderito all'iniziativa, mettendo a disposizione personale qualificato che affianca le neo-mamme fornendo supporto e informazioni. Può essere richiesta anche tramite il numero verde 800.200.105 o attraverso il sito www.cartabimbo.it. I vantaggi sono diversi:

- ✓ sconti del 30% su prodotti per la prima infanzia e del 20% su prodotti accessori in tutte le farmacie comunali, nonché sconti del 10% in tutti i negozi per l'infanzia convenzionati;
- ✓ uno sconto medio del 30% nelle 62 farmacie del Gruppo "+ Bene" su un paniere di prodotti di consumo per una spesa massima annua di 2mila euro;
- ✓ copertura di alcuni servizi sanitari di emergenza (assistenza telefonica 24h su 24 e visite domiciliari di un ginecologo e un pediatra, consegna di medicinali urgenti, viaggio del bambino in caso di intervento sanitario all'estero, assistenza telefonica di un'ostetrica e un corso sulla disostruzione delle vie aeree del lattante);
- ✓ possibilità di accedere al microcredito richiedendo finanziamenti fino a 2.000 euro, restituibili in 36 rate, a un tasso agevolato (con garanzia di Roma Capitale).

Casa dei papà

È una vera e propria "Casa" che per la prima volta a Roma accoglie i papà separati, temporaneamente in difficoltà economica, residenti sul territorio capitolino. Il progetto, realizzato dall'Assessorato alle Politiche Sociali, dà la possibilità ai papà separati di permanere per un periodo massimo di 12 mesi in una struttura a loro dedicata. La casa può ospitare fino a 20 papà che potranno incontrare i loro figli, anche minori, condividendo con loro momenti quotidiani simili a quelli vissuti in ambito domestico.

Con un contributo di 200 euro al mese, i papà possono usufruire di appartamenti con angolo cottura, camera da letto, saloncino con televisore, bagno arredato dotato di lavatrice, oltre a spazi dedicati alle attività ludico ricreative e aree verdi attrezzate. I papà interessati possono far pervenire la richiesta agli uffici del Municipio di residenza che, a loro volta, inviano la documentazione all'Unità Organizzativa preposta del Dipartimento dei Servizi Sociali.

E.5.3 Una strategia per la famiglia⁶¹

Accanto ai diritti dei singoli "nella" famiglia, ci sono anche i diritti "della" famiglia, sanciti costituzionalmente. Il primo diritto è quello a nascere e ad esistere "in quanto famiglia". Senza questa evidenza, non sarebbe possibile, ad esempio, tutelare il diritto dei figli a crescere in una famiglia⁶². Questa constatazione evidenzia la necessità di considerare non solo le aspirazioni dei

⁶¹ Cfr. Delibera della Giunta Comunale n. 71 del 17 marzo 2010 "Linee guida per la realizzazione di una politica a sostegno della famiglia 'Roma Città Famiglia'"

⁶² Ad esempio, la legge 149/2001 parla esplicitamente del "diritto del minore ad una famiglia" ed in particolare del suo "diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia".

singoli individui, ma anche il bene “relazionale” e ambientale, che si caratterizza nella famiglia come “bene comune” dell'intera società.

Le “politiche familiari” possono essere intese in una doppia accezione: possono rimandare alla famiglia intesa come risorsa della comunità locale, ma possono far riferimento anche alle famiglie “multiproblematiche”, che devono essere sostenute con interventi che le aiutino a superare le loro difficoltà. In questo caso si pensa soprattutto alle famiglie più povere, fragili, che vivono in situazioni di disagio. In questo secondo caso, diventa facile uno “scivolamento” verso una identificazione “tout court” delle politiche familiari con le politiche sociali. Certo, le politiche per la famiglia sono anche politiche di contrasto al disagio e alla povertà. Ma non sono solo questo, e una loro sovrapposizione è improponibile.

È necessario partire dal fatto che le famiglie non sono, in primo luogo, “oggetto” di intervento, ma soggetto attivo delle politiche di sviluppo della città. Una convinzione che parte dal riconoscimento della sua rilevanza sociale, del suo essere e produrre “capitale sociale”.

La famiglia è luogo educativo di cittadinanza, spazio privilegiato dell'agire delle persone, in cui si sperimenta l'equilibrio tra libertà individuale e regole condivise di sana convivenza. Tra la famiglia e la società esiste un “patto” primario, non scritto, precedente a tutte le formazioni istituzionali. Per questo motivo la famiglia non può essere colta solo come luogo di relazioni di carattere privato, ma deve essere riconosciuta come soggetto pubblico, in cui nascono e crescono i rapporti solidali tra i generi e tra le generazioni, fondamento di ogni comunità civile.

Il riconoscimento del valore della famiglia si coniuga con la presa di coscienza dei profondi cambiamenti vissuti (e a volte subiti) in questi ultimi anni. La famiglia di oggi non può più rapportarsi a modelli semplici, nelle quali conoscenze e valori erano fortemente omogenei, ma deve confrontarsi con quelli delle “società complesse”. In una metropoli come Roma, la famiglia assume fisionomie e caratteristiche molto diversificate.

Un rischio sembra caratterizzare più o meno profondamente la famiglia nella nostra città, in analogia con quanto succede in altre grandi città: quello della solitudine, derivante dall'assottigliarsi delle reti primarie. La perdita del sostegno della comunità locale e delle famiglie estese tradizionali lascia spesso i nuclei familiari in una situazione di isolamento che rende difficile affrontare le diverse tappe del ciclo di vita: dall'incontro e dalla formazione della coppia alla nascita dei figli, al loro ingresso nella fase adolescenziale e via-via a tutti i momenti critici che accompagnano ogni cambiamento evolutivo, fino all'età senile.

Un sistema integrato di servizi sociali non può non rispondere ai bisogni delle famiglie che non riescono ad affrontare da sole i propri problemi, che non sono in grado di far fronte alle situazioni di difficoltà. Le istituzioni non possono ritrarsi dalle responsabilità pubbliche loro proprie, lasciando che le famiglie “si arrangino”, sulla base di una concezione riduttiva e strumentale della sussidiarietà. Ma anche nella pianificazione degli interventi “per” la famiglia, questi devono essere programmati insieme “con” essa. In una strategia di “empowerment”, la famiglia deve assumere il ruolo di “partner” delle istituzioni, per cui è necessario sviluppare strategie di solidarietà cittadina che sostengano l'auto-organizzazione delle famiglie anche nello svolgimento di funzioni di aiuto.

Il riferimento al principio di solidarietà significa garantire il pieno esercizio dei diritti sociali anche alle famiglie problematiche, facendo sì che la collettività si faccia carico dei propri membri più deboli, senza tuttavia rinunciare al loro protagonismo, attivando tutte le risorse e potenzialità residue delle persone e delle famiglie in difficoltà. In questi casi le relazioni familiari sono assunte, nei casi in cui ciò è possibile, come risorse positive. La famiglia in difficoltà deve sentire al proprio fianco la “cura della comunità”, una comunità solidale, che si esprime sia attraverso il

sistema dei servizi professionali, pubblici e privati, sia mediante la "prossimità sociale" del volontariato e della cittadinanza attiva.

Nell'ambito del nuovo Piano Regolatore Sociale, si dovrà ricercare un buon equilibrio tra sussidiarietà e solidarietà. Se si accentua la prima si genera un modello "familista", in cui le famiglie sono sì responsabilizzate, ma anche lasciate sole, con scarsi supporti da parte delle istituzioni e della società. Nella situazione inversa, quando si sottolinea la solidarietà, senza tener conto del principio di sussidiarietà, abbiamo invece un welfare assistenzialistico, fondato su un forte intervento pubblico, ma in cui le famiglie diventano destinatarie passive di interventi programmati e realizzati da altri.

E.5.4 Un "Piano cittadino per la famiglia"

Per essere efficace, una strategia deve essere comunicata e fatta propria da tutti gli attori del territorio. Per questo deve essere tradotta in strumenti di programmazione, per cui si propone di estendere anche alle politiche familiari il metodo della pianificazione territoriale già sperimentato con la legge 285/97 e 328/00, preparando e realizzando, in armonia con il Piano Regolatore Sociale, anche un "*Piano cittadino per la famiglia*". Questa scelta permette di dare maggiore organicità e visibilità all'azione politica e amministrativa di Roma Capitale nell'ambito delle politiche familiari. Una metodologia di questo tipo richiede la partecipazione di tutti gli attori territoriali: sia che si tratti delle famiglie - singole e associate -, sia che riguardi coloro che della famiglia si occupano. Il processo di preparazione del *Piano per la famiglia* favorisce una lettura condivisa dei bisogni delle famiglie e delle risorse a loro disposizione nella città; promuove la messa in rete dei servizi; crea le condizioni per un aumento delle risorse complessive disponibili per le politiche familiari.

Come è facilmente intuibile, il Piano per la famiglia dovrà "attraversare" diverse politiche urbane. Dal punto di vista operativo, si intrecciano e si integrano soprattutto con le politiche sociali e socio-sanitarie, con le politiche educative e scolastiche, con quelle per l'infanzia, per i giovani e per le pari opportunità. Hanno attinenza anche con le politiche della formazione, del lavoro, della casa, della pianificazione urbana, della mobilità, dell'ambiente, della sicurezza, della cultura, del tempo libero, dell'impegno civico, dell'inclusione sociale delle famiglie migranti.

La "trasversalità" delle politiche per la famiglia non significa che esse si identifichino semplicemente con le altre politiche o ne siano la "somma". Se hanno in comune i contenuti, si distinguono per la specificità dell'approccio. Esse trovano infatti il loro fondamento nella soggettività e nelle esigenze della famiglia "in quanto tale". A titolo esemplificativo, si presentano alcune misure programmatiche che, pur essendo di competenza di altri settori dell'Amministrazione comunale, costituiscono altrettanti obiettivi per una strategia di promozione e sostegno della famiglia.

A. Misure economiche⁶³

- ✓ Abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie numerose per ridurre gli oneri sostenuti dalle famiglie con tre o più figli, rivolte ai servizi di erogazione dell'energia elettrica, del gas, dell'acqua e di raccolta dei rifiuti solidi urbani, nonché per la fruizione o l'accesso ad altri beni e servizi in sede locale⁶⁴.

⁶³ Cfr. Deliberazione n. 4 dell'Assemblea Capitolina n. 4 del 7 ottobre 2010, che istituisce uno strumento giuridico-programmatico denominato "*Quoziente Roma*".

⁶⁴ L'attuale strutturazione delle tariffe relative alle utenze familiari prevede, oltre ad una prima fascia di consumi a costi ridotti, un incremento progressivo per i consumi eccedenti, che non prende in considerazione il numero dei componenti dei nuclei familiari, risultando per tale aspetto fortemente iniquo per le famiglie numerose.

- ✓ Facilitazioni per le pluri-utenze nei servizi scolastici (asili nido, mense, servizi di trasporto, ecc.), culturali, sportivi, ecc.

B. Misure per la casa

- ✓ Agevolazioni fiscali paramtrate sui carichi familiari.
- ✓ Agevolazioni e contributi ai neosposi per l'acquisto o l'affitto della prima casa.
- ✓ Interventi sul patrimonio abitativo non utilizzato, privato e pubblico, per aumentare la disponibilità di abitazioni dignitose per le famiglie che si trovano in sofferenza abitativa.
- ✓ Sostegno a progetti elaborati da cooperative familiari, in cui sono predisposte abitazioni che tengono conto degli spazi necessari ad una famiglia che cresce, anche per prendersi cura di genitori o di parenti anziani.
- ✓ Interventi per la qualità e la sicurezza dell'abitare urbano, soprattutto in relazione alla possibilità, da parte di bambini, giovani e anziani, di avere spazi per il tempo libero, l'aggregazione e il gioco, senza rischi in ordine alla loro sicurezza.

C. Misure per conciliare i tempi della città con i tempi per la famiglia

- ✓ Agevolazioni alle imprese che sperimentano orari flessibili legati ad esigenze familiari, contratti a tempo parziale e lavoro a distanza, ecc.
- ✓ Revisione dei tempi della città (orari dei negozi, delle scuole e dei servizi di pubblica utilità) tenendo conto delle esigenze familiari.
- ✓ Valorizzazione del lavoro domestico e rimozione degli ostacoli alla partecipazione delle donne (in particolare delle madri) al mercato del lavoro.

D. Misure di sostegno alla genitorialità e alle responsabilità educative

- ✓ Aumento dei posti disponibili negli asili nido (anche condominiali o aziendali).
- ✓ Agevolazioni di forme associative familiari che gestiscano in proprio servizi di *baby-sitting* o servizi integrativi per la prima infanzia e il doposcuola.
- ✓ Sostegno al reddito di madri con basso reddito, che non usufruiscono dei trattamenti di maternità a norma delle leggi nazionali.
- ✓ Erogazione di prestiti sull'onore per sostenere le responsabilità familiari e agevolare l'autonomia di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà.
- ✓ Valorizzazione e sviluppo di "banche del tempo" e forme analoghe di mutuo-aiuto.
- ✓ Promozione della partecipazione dei genitori nei percorsi scolastici dei propri figli e facilitazione del dialogo scuola-famiglia.

E. Misure e servizi per il sostegno delle responsabilità di cura e assistenza

- ✓ Interventi di sostegno, anche economico, per le famiglie che assumono compiti di cura di familiari bisognosi di assistenza continuativa.
- ✓ Sviluppo dei servizi di "welfare leggero" e di assistenza domiciliare integrata.
- ✓ Assistenza temporanea e "servizi di sollievo" per le famiglie con persone non autosufficienti.
- ✓ Sviluppo del "volontariato familiare" e sostegno a gruppi di famiglie che insieme si prendono cura di altre famiglie in difficoltà.

E.5.5 Misure operative

Il Piano Regolatore Sociale vuole suggerire una strategia propositiva, di promozione sociale della famiglia, che includa tutti i soggetti che ne fanno parte, unendo la necessaria attenzione per le problematiche quotidiane delle famiglie con un'impostazione culturale capace di restituire ai cittadini la fiducia nell'istituto familiare, che rischia seriamente di scolorire anche a causa di un lungo periodo di disinteresse della politica per questo tema.

Roma Capitale ha avviato in questo senso diverse iniziative. È stata citata più volte la Delibera della Giunta Comunale sulla famiglia (71/2010). Un passo importante è anche la promozione, insieme con il Comune di Parma, del *Network italiano di città per la famiglia*, costituito formalmente il 21 maggio 2010, che unisce 54 Comuni, provenienti da tutto il territorio nazionale, impegnati a promuovere politiche a sostegno della famiglia. Il protocollo d'intesa tra i Comuni, che sta alla base del Network, è finalizzato al mutuo scambio di esperienze sulle politiche locali a misura di famiglia e alla possibilità di dar vita insieme ad un coordinamento aperto all'adesione di altri Comuni che condividano tale impegno.

Alla base dell'impegno dell'Amministrazione c'è la volontà di dar vita ad un modello di welfare cittadino che abbandoni le sponde dell'assistenzialismo per raggiungere il "mare aperto" della responsabilizzazione dei cittadini e delle famiglie, nel rispetto dei reciproci ruoli e dei doveri di cittadinanza. Ciò non significa certo lasciare che le famiglie facciano da sole, deresponsabilizzando l'azione delle istituzioni. Significa invece che queste ultime non possono definire strategie e servizi senza ascoltare le famiglie, senza un loro coinvolgimento, competente, attivo e responsabile, nelle decisioni che le riguardano direttamente.

Non basta però fare affermazioni di principio o auspicare un coinvolgimento delle famiglie in astratto: è necessario incentivare concretamente il protagonismo delle famiglie e delle loro associazioni. Ciò significa tradurre in operatività il principio di sussidiarietà orizzontale. È necessario procedere nella direzione di un welfare comunitario, che mobiliti tutte le risorse della cittadinanza e in cui le istituzioni svolgono un ruolo insostituibile di promotori e "garanti" di un sistema capace di assicurare a tutti coloro che ne hanno bisogno le prestazioni essenziali per rendere effettivo l'esercizio dei diritti/doveri di solidarietà sociale. È necessario inoltre introdurre, nella progettazione delle politiche familiari, l'uso della *Valutazione di Impatto Familiare* (VIF), uno strumento che consente di verificare continuamente gli effetti immediati che provoca una scelta politica e/o amministrativa sulle dinamiche familiari.

Di seguito vengono identificati alcuni obiettivi finalizzati al superamento di alcune criticità rilevate nell'ambito del sistema dei servizi sociali per la famiglia.

Migliorare il coordinamento interassessorile.

In termini generali, si deve rilevare come le competenze istituzionali inerenti la famiglia siano suddivise in *due distinti Assessorati*. Questa articolazione organizzativa risponde certamente ad esigenze pratiche condivisibili, ma richiede una particolare attenzione al coordinamento della programmazione e della gestione degli interventi. Lo strumento operativo per rafforzare tale coordinamento è individuato nella citata Delibera 71/2010, che prevede la costituzione di un *Tavolo di consultazione e progettazione a livello interassessorile e interdipartimentale*, con l'apporto dell'Associazione familiare e delle Parti Sociali.

Migliorare l'informazione e la comunicazione.

Da più parti si segnala come le famiglie trovino spesso serie difficoltà nell'accedere alle informazioni che riguardano la natura, il funzionamento e l'accesso ai servizi. In realtà, il materiale informativo è abbondante e i servizi distribuiti sul territorio sono in grado di fornire informazioni esaustive. Non di rado i potenziali fruitori vengono addirittura contattati direttamente. Nonostante ciò, il numero di coloro che vengono a sapere delle opportunità disponibili sul territorio rimane insufficiente. Per tale motivo si deve "capovolgere" il paradigma della comunicazione per acquisire una capacità di dialogo attivo e continuo con la cittadinanza. Per migliorare la situazione, oltre ad una gestione più manageriale della conoscenza, si possono adottare diverse misure, ad esempio un utilizzo più efficace di internet e dei mezzi di comunicazione tradizionali, l'invio di newsletter periodiche, l'istituzione di un numero verde unico "Pronto famiglia" sul modello del numero 060606, azioni di comunicazione itinerante.

Ascoltare e coinvolgere attivamente le famiglie.

Il protagonismo familiare rappresenta una risposta alla frammentazione del tessuto sociale in quanto consente di generare benessere e "capitale sociale" non solo per le famiglie stesse, ma per l'intera comunità. In concreto, occorrerà riconoscere l'impegno quotidiano delle famiglie romane attraverso benefici fiscali e un accesso facilitato ai servizi comunali e municipali. Nello stesso tempo, si deve stimolare l'associazionismo familiare, per estendere la rete di cooperazione tra famiglie.

Altre iniziative.

1. Istituzione di un "Osservatorio cittadino sulla famiglia";
2. Messa in rete e coordinamento dei consultori familiari e dei servizi di mediazione familiare;
3. Costituzione di una rete di Centri territoriali per la famiglia per la promozione del benessere della vita familiare, che valorizzi e potenzi i centri già attivi, sia comunali che offerti da associazioni del terzo settore, e crei nuovi servizi nelle aree urbane dove sono carenti;
4. Introduzione di un sistema di agevolazioni tariffarie che preveda correttivi specifici legati ad indicatori di capacità contributiva e a elementi caratterizzanti le specificità della famiglia, attraverso l'elaborazione di un ISEE calibrato mediante un quoziente familiare che tenga conto anche della numerosità del nucleo familiare e degli oneri sostenuti per la cura familiare.
5. Promozione di interventi che favoriscano la partecipazione delle famiglie numerose ad iniziative culturali e ricreative attraverso sconti e convenzioni con enti pubblici e aziende.
6. Creazione di un marchio di certificazione per gli esercizi commerciali, i ristoranti, gli hotel "a misura di famiglia".

E.6 Servizi e interventi per le persone in età evolutiva⁶⁵

A Roma ogni 1.000 residenti, 156 non hanno ancora compiuto 18 anni. I minori di età sono quasi 450.000, un numero che negli ultimi anni è leggermente cresciuto, soprattutto per l'aumento dei minori stranieri, che nel decennio appena trascorso sono più che raddoppiati, mentre quelli italiani nello stesso periodo sono lievemente diminuiti.

Le questioni che riguardano i servizi e gli interventi sociali per questi "cittadini in crescita" sono diverse e impegnative:

- ✓ come "regolare" e far funzionare in modo efficace ed efficiente un sistema di servizi e di opportunità per il benessere di tutte le persone in età evolutiva, assicurando contemporaneamente la doverosa protezione e tutela per i minori in difficoltà e privi di un valido sostegno familiare?
- ✓ come migliorare la qualità degli interventi e rispondere in modo appropriato alle diverse problematiche che riguardano i minori, le loro famiglie e la comunità locale?
- ✓ come prevenire i problemi più gravi e intervenire tempestivamente quando questi si presentano?

Le pagine che seguono offrono un primo quadro di riferimento per comprendere il "pianeta infanzia e adolescenza" a Roma, il sistema dei servizi e degli interventi sociali dedicato alle persone minori di età e le linee programmatiche per l'adozione delle misure più idonee per fare di Roma una città sempre più "amica" dei suoi cittadini più piccoli.

⁶⁵ All'elaborazione di questo capitolo, redatto sulla base del lavoro svolto dal Gruppo Famiglia e minori, ha contribuito anche il dott. Stefano Giulioli, Dirigente della U.O. "Minori e famiglie" del Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute.

E.6.1 Interventi sociali realizzati in favore dei minori⁶⁶

Per coloro che si trovano in situazioni di disagio e di fragilità, il sistema pubblico di assistenza sociale prevede una serie molto ampia di interventi e servizi. I Municipi offrono ben 15 tipologie di intervento, mentre a livello centrale il Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute ne prevede 11. Di seguito si presenta un quadro delle tipologie di servizi che hanno come principali destinatari le persone minori di età ed eventualmente le loro famiglie.

- ✓ *Sostegno economico.* L'intervento mira a sostenere le famiglie con minori in accertato stato di disagio socio-economico. Prevede un contributo monetario volto a favorire la crescita armonica del minore e finalizzato prioritariamente al prevenirne l'istituzionalizzazione, favorendo la permanenza all'interno del proprio nucleo o attivando progetti temporanei di affidamento familiare anche diurni.
- ✓ *Servizi alternativi al sostegno economico:* esonero mensa scolastica, priorità di inserimento in asili nido e scuole dell'infanzia, esonero dal pagamento delle strutture sportive per attività extrascolastiche, ecc.
- ✓ *Educativa territoriale.* Servizio rivolto ai preadolescenti, agli adolescenti e, in modo indiretto, alle loro famiglie e alla comunità territoriale di appartenenza. Il fine principale è prevenirne il disagio sociale, attraverso la costruzione di spazi formali e informali di aggregazione e socializzazione, con la presenza di educatori e operatori professionalmente preparati.
- ✓ *Orientamento e sostegno all'inserimento lavorativo.* Si tratta di interventi che intendono favorire l'inserimento lavorativo nei percorsi di formazione professionale di adolescenti e giovani adulti (fino a 23 anni) a rischio di emarginazione sociale.
- ✓ *Servizio educativo-assistenziale di sostegno alla famiglia e al minore - SISMIFF.* È finalizzato a sostenere i minori e le famiglie che vivono in condizioni di forti difficoltà socio-ambientali, fornendo un complesso di interventi socio-educativi e prestazioni specifiche ("pacchetti di servizi") erogate prevalentemente a domicilio, che sono personalizzate rispetto alla natura del disagio. Il servizio - in fase di rimodulazione - ha tra le proprie finalità anche quella di prevenire l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare.
- ✓ *Progetto "Oltre il disagio".* Si tratta di un intervento inizialmente rivolto a minori a rischio di tossicodipendenza, a livello cittadino. In seguito ha ampliato le proprie funzioni ad altre categorie di minori a rischio, restringendo però il riferimento territoriale, sempre più orientato verso minori appartenenti al territorio di competenza della ASL RM/E, sia in carico ai servizi socio sanitari, sia accolti in comunità educative di quel territorio. Il servizio è collegato al lavoro della UIM del relativo "quadrante" (cfr. più avanti).
- ✓ *Assistenza domiciliare ai minori affetti da AIDS.* Servizio che si prefigge di accompagnare e sostenere il minore affetto da AIDS, la sua famiglia o la/le persona/e di riferimento nel percorso della malattia. In particolare, fornisce un sostegno nel convivere con le difficoltà di ordine educativo, relazionale, sociale e sanitario legate alla malattia.
- ✓ *Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona Handicappata - SAISH.* Il servizio è finalizzato a sostenere il minore⁶⁷ con handicap all'interno del suo contesto familiare e sociale, mediante una combinazione di interventi e prestazioni diversificata in base al bisogno specifico. Gli interventi sono realizzati in genere presso il domicilio del minore e

⁶⁶ Una presentazione più completa dei servizi e degli interventi sociali per i minori è contenuta nell'apposito volume pubblicato recentemente dall'Ufficio "Cabina di regia legge 285/97" presso il Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute (Roma 2010).

⁶⁷ In questa sede si considera il servizio per i minori, ma si ricorda che il SAISH è rivolto anche a persone adulte.

prendono in considerazione, oltre ai bisogni assistenziali, le sue risorse personali, allo scopo di sviluppare la sua autonomia e le capacità di socializzazione.

- ✓ *Assistenza scolastica ad alunni con disabilità.* L'obiettivo è sostenere il minore con disabilità nella scuola, per assicurargli il diritto allo studio, garantendogli pari opportunità di sviluppo, in termini di autonomia e socializzazione. Il servizio si rivolge agli alunni con disabilità che frequentano le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondari inferiori.
- ✓ *Centro diurno per minori con disabilità.* Questo servizio ha lo scopo di promuovere il benessere psicofisico, di migliorare la qualità della vita e prevenire il rischio di disagio sociale dei bambini e dei ragazzi con disabilità, attraverso la realizzazione di molteplici attività (gioco libero, interventi educativi, ricreativi e formativi, ecc.).
- ✓ *Centro di aggregazione e socializzazione.* Sono servizi finalizzati a promuovere il benessere dei minori (in particolare adolescenti) e a prevenirne il disagio.
I Centri, diffusi nel territorio comunale (a Roma ne sono attivi oltre 60), hanno caratteristiche e modalità di funzionamento diversificate, a seconda del contesto e dei bisogni evidenziati. Essi propongono molteplici attività, che possono essere rivolte anche alla famiglia del minore, a sostegno delle capacità genitoriali.
Molti Centri offrono anche prestazioni specifiche a ragazzi e adolescenti inviati dai servizi sociali del territorio, che presentano particolari difficoltà (disabili, stranieri, minori con provvedimenti penali, vittime di maltrattamenti e abusi, con dipendenze patologiche, ecc.). Il servizio si rivolge anche alle scuole, all'associazionismo e ai servizi che a vario titolo si occupano di questa fascia di età⁶⁸.
- ✓ *Centro ricreativo estivo.* Il servizio è finalizzato ad accogliere durante alcune ore del giorno i bambini e i ragazzi di età compresa tra i 4 e i 14 anni al termine del periodo scolastico, coinvolgendoli in attività di vario tipo: sociali, ricreative, culturali e sportive.
- ✓ *Servizi per l'adozione e l'affido.* Si tratta di una serie di attività realizzate dai Servizi municipali relative sia alla valutazione delle coppie aspiranti all'adozione e alla conseguente vigilanza sull'affidamento preadottivo, sia alle famiglie o persone disponibili all'affidamento temporaneo di minori.
A livello centrale, è attivo da alcuni anni il *Centro Pollicino per l'affido, l'adozione e il sostegno a distanza*, con l'obiettivo di offrire a tutti i cittadini e famiglie interessate a intraprendere un percorso di affidamento, di adozione o di sostegno a distanza un servizio di orientamento e percorsi di formazione sulle diverse opportunità esistenti nella città su queste tematiche.
- ✓ *Comunità di pronta accoglienza residenziale*
 - *Strutture per minori 0-6 anni.* Il servizio è finalizzato all'accoglienza residenziale temporanea, in attesa di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (rientro in famiglia, affidamento, adozione, ecc.) di bambini tra 0 e 6 anni, in stato di abbandono o esposti all'abbandono, dei quali il Sindaco di Roma viene, nella maggior parte dei casi, nominato tutore. Il servizio si rivolge ai bambini per i quali si riscontrano urgenti problemi di natura diversa: sanitari, di disagio familiare (per esempio maltrattamenti, abuso, ecc.) e situazioni di incertezza giuridica.
 - *Strutture per preadolescenti e adolescenti.* Il servizio è finalizzato alla prima accoglienza residenziale, temporanea e tempestiva, allo scopo di superare la fase di emergenza in vista di un provvedimento stabile (collocamento in comunità, ricongiungimento familiare,

⁶⁸ Cfr. la pubblicazione *"I Centri di aggregazione e socializzazione per adolescenti: ricognizione e analisi dei servizi semiresidenziali per preadolescenti e adolescenti nel Comune di Roma"* a cura della "Cabina di regia legge 285/97", che illustra una ricerca condotta dal CNR di Roma (Roma 2006).

affidamento familiare, promozione dell'autonomia in vista della maggiore età). Il servizio si rivolge prevalentemente agli adolescenti ambo sessi dai 12 ai 18 anni di età in condizione di forte disagio psico-sociale (fuga da casa, stato di abbandono, privi di figure adulte di riferimento, giunti clandestinamente in Italia, vittime di sfruttamento, abusi, ecc.).

✓ *Strutture residenziali di secondo livello*⁶⁹

- *Casa famiglia e comunità educativa.* Il servizio è finalizzato a offrire un contesto residenziale protetto ai minori per cui risulta impossibile la permanenza nella propria famiglia, allo scopo di favorirne un equilibrato processo di crescita. Il servizio si rivolge ai minori temporaneamente o permanentemente allontanati dai propri nuclei familiari di origine, per cause di tipo giudiziario e sociale.
- *Gruppo appartamento.* Questo servizio offre un contesto di crescita protetto a adolescenti per i quali risulta impossibile la permanenza nella propria famiglia, allo scopo di sostenere e recuperare il loro inserimento o reinserimento sociale e scolastico. Le strutture accolgono spesso minori sottoposti all'Autorità giudiziaria a causa di problematiche complesse. E' importante segnalare che molti ragazzi accolti nei Gruppi appartamento sono stranieri non accompagnati.

Ogni anno sono accolti nelle strutture residenziali convenzionate con Roma Capitale, circa 1.500 minori (oltre a 230 nuclei madre-bambino), mentre a domicilio sono assistiti circa 650 minori. Oltre 7.500 minori frequentano i centri diurni e 3.000 i centri estivi. 1100 minori sono sottoposti a tutela pubblica, sono erogati quasi 6.000 sussidi economici e 2.500 alunni con disabilità sono assistiti nelle scuole.

Oltre 350 bambini sono accolti da famiglie o singoli in affidamento extrafamiliare. Complessivamente, si può stimare che circa il 5% dei minori residenti a Roma benefici direttamente di uno o più di questi servizi.

Oltre ai servizi sociali di competenza dell'Ente locale, nell'ambito dei minori vi sono i servizi socio-sanitari gestiti dalle ASL. Al riguardo, come è stato ampiamente sottolineato nel documento, è di fondamentale importanza rafforzare la collaborazione e l'integrazione interistituzionale e interprofessionale per la programmazione e il coordinamento dei servizi sociali e sanitari.

In questo contesto, riveste una particolare importanza il progetto *Unità Intermunicipale per i Minori* (UIM), promosso dal Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute, con fondi della legge 285/97, che istituisce ambiti specialistici decentrati a livello di "quadrante", territorio di competenza di ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale, che corrisponde in genere a 4 Municipi (3 per la ASL RMD).

La UIM rappresenta - tra l'altro - il luogo privilegiato di analisi e programmazione integrata tra i servizi sociali e quelli sanitari in favore dei minori.

L'azione delle UIM prevede attività di concertazione e negoziazione, oltre ad azioni di integrazione e progettazione partecipata. All'interno di questi processi i diversi attori istituzionali esplicano i rispettivi obiettivi e interessi al fine di perseguire soluzioni condivise ai problemi, sulla base del principio cooperativo.

Particolare rilievo ha avuto sia il programma di formazione congiunto per gli operatori, sia la messa a punto e l'avvio di un sistema cittadino di monitoraggio informatizzato di tutte le situazioni di presa in carico di persone e famiglie collegate a misure disposte dall'Autorità Giudiziarica.

⁶⁹ Nel Comune di Roma sono accreditate oltre 100 strutture residenziali di secondo livello del privato sociale che operano tramite il pagamento di una retta giornaliera per ciascun minore da parte dell'Ente locale.

Tabella E.8 Interventi sociali per minori: 2008-2010⁷⁰

	2008	2009	2010
CPA adolescenti e preadolescenti in convenzione	4	7	6
CPA adolescenti e preadolescenti in convenzione: posti disponibili	89	128	116
Minori accolti nei CPA	859	963	802
Ingressi nei CPA (effettuati anche più volte dallo stesso utente)	1.042	1.650	1.369
CPA per minori 0-6 anni in convenzione	2	3	2
Minori 0-6 anni accolti nei CPA per minori 0-6 anni	61	59	69
Minori accolti in strutture residenziali di II accoglienza	715	663	641
Minori non riconosciuti o riconosciuti dalla sola madre inseriti in strutture di II accoglienza	92	non disp.	76
Minori sottoposti a tutela pubblica	1219	1650	1780
di cui minori stranieri non accompagnati	549	853	885
di cui minori residenti	432	575	714
di cui minori non riconosciuti	238	222	181
Minori in stato di adottabilità (legale rappresentanza nelle procedure di adozione)	267	233	149
Minori in affidamento familiare (Centro Comunale Pollicino)	51	23	40
Curatela speciale minori circuito penale DPR 448/88	24	6	10
Progetti di prevenzione e tutela della salute dei bambini	14	11	5
Ragazzi coinvolti nei progetti di prevenzione e tutela della salute	15.815	5.300	5.000

Un ulteriore campo di collaborazione tra i servizi sociali e sanitari riguarda il sostegno alla natalità nel periodo immediatamente precedente e seguente al parto. In questo contesto, si evidenzia anche il problema dell'abbandono dei neonati, un fenomeno che, pur non apparendo numericamente esteso, suscita giustamente una grande reazione emotiva⁷¹.

Al riguardo, risulta prezioso l'apporto di numerose associazioni operanti sul territorio, che forniscono informazioni sulla possibilità del parto in anonimato e/o di non riconoscimento del neonato, anche mediante "numeri verdi" telefonici che offrono consulenza a distanza, garantendo così l'anonimato. In molti casi tali organizzazioni e offrono anche un aiuto concreto alle persone disponibili a portare a termine la gravidanza anche in presenza di difficoltà personali e sociali.

L'offerta di servizi in questo campo sembra dunque essere adeguata e le informazioni "circolano" su internet e tramite opuscoli, volantini e manifesti affissi negli ospedali, ambulatori o consultori. Ma non è ancora sufficiente. E' importante informare e sensibilizzare in modo capillare, soprattutto le donne straniere, al fine di superare la diffidenza nei confronti degli ospedali pubblici o delle associazioni in grado di offrire loro sostegno e assistenza.

⁷⁰ Fonte: Relazioni del Bilancio comunale e Unità operativa "Minori e famiglia" del Dipartimento V..

⁷¹ Il policlinico "Casilino", il principale ospedale presente nel territorio della ASL RMB, è stato il primo ad aver riaperto "la ruota" costituita da una culletta sita in una piccola stanza riscaldata e posta vicino alla portineria dell'ospedale. La legge italiana permette a chi partorisce in ospedale di lasciare i figli nel più completo anonimato. Eppure molte donne straniere non lo fanno. Hanno paura e, se non sono in regola con i documenti, temono di essere denunciate o comunque di avere come interlocutori le Forze dell'Ordine. Con la "culetta" non si vuole certo stimolare la pratica dell'abbandono, bensì tutelare i neonati e offrire una possibilità di salvare il figlio a chi ha deciso di abbandonarlo.

E.6.2 Minori accolti in strutture residenziali o in affidamento familiare

Sulla base del rilevamento effettuato dall'Ufficio "Azioni di sistema - SISS" del Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute, al 31.12.2009 le persone minori di età collocate fuori dalla famiglia erano 1.807, dei quali 1.277 (71%) in strutture residenziali e 530 (29%) in affidamento familiare ed extrafamiliare⁷². La percentuale dei minori in affidamento familiare cresce però al 41,6% se si guarda solo ai casi presi in carico dai Municipi.

Il Dipartimento - che non opera collocamenti familiari - si occupa soprattutto di casi di pronto intervento e di minori stranieri non accompagnati, avvalendosi unicamente di strutture residenziali. Se invece - pur mantenendo l'analisi ristretta ai Municipi - si escludono i casi di affidamento a persone legate da vincoli di parentela, il rapporto a favore dell'accoglienza in strutture residenziali aumenta considerevolmente. Su 984 minori fuori dalla famiglia di origine assistiti dai Municipi, solo 240 (meno di 1 su 4) erano collocati in affidamento a singoli o famiglie.

I minori accolti con cittadinanza non italiana sono 854, il 47,3% del totale. Ad occuparsi di minori stranieri sono soprattutto i servizi del Dipartimento (477 minori stranieri: 89,5% dei minori assistiti dal Dipartimento e 56% di tutti i minori stranieri assistiti dal Comune di Roma). La maggior parte dei minori stranieri assistiti dal Dipartimento sono *minori stranieri non accompagnati* (400).

Nei Municipi i minori stranieri assistiti sono 377 (di cui 25 minori stranieri non accompagnati), quasi il 30% di tutti i minori accolti dagli stessi Municipi.

Grafico E.1 Minori in strutture residenziali o in affidamento familiare, per Ente inviante

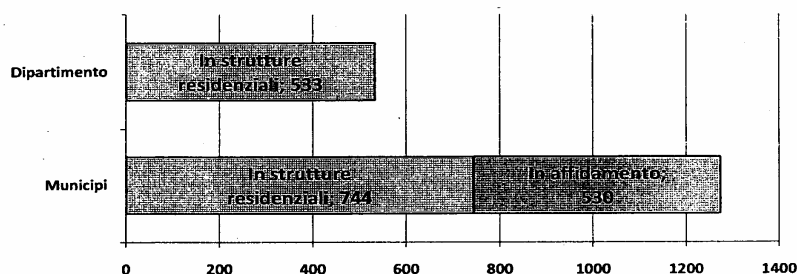
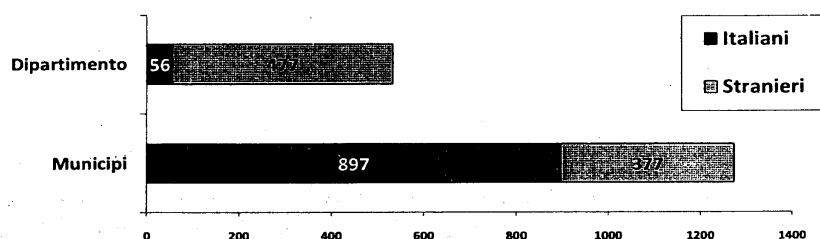


Grafico E.2 Minori in strutture residenziali o in affidamento, per Ente e cittadinanza



⁷² Tutti i dati esposti nelle tabelle e grafici di questo capitolo fanno riferimento a tale fonte.

Tabella E.9 Minori fuori dalla famiglia, per Ente, tipologia di affidamento e cittadinanza

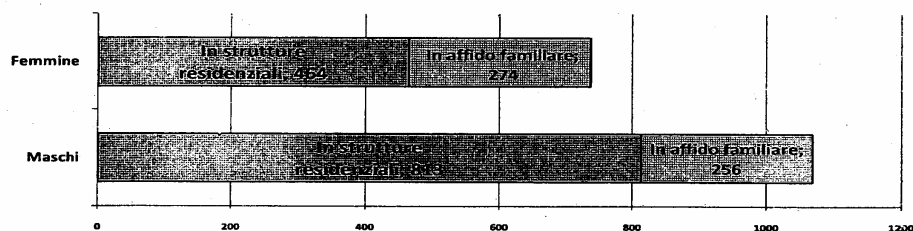
Ente inviante	Minori in strutture residenziali	di cui stranieri	Minori in affidati a parenti o altri (famiglie e/o singoli)	di cui stranieri	Tot. minori fuori da famiglia	di cui stranieri
Municipi	744	236	530	141	1.274	377
% Municipi	58,4	31,7	41,6	56,6	100	29,6
Dipartimento	533	477	0	0	533	477
% Dipart.	100	89,5	0	0	100	89,5
Totale	1.277	713	530	141	1.807	854
% Totale	70,7	55,8	29,3	56,6	100	47,3

I minori di sesso maschile accolti complessivamente in strutture residenziali o in affidamento sono 1.069 (59,2%), mentre le bambine e ragazze sono 738 (40,8%).

Nei Municipi si ha una totale parità tra i sessi (sia nelle strutture residenziali, sia nel caso degli affidamenti familiari), mentre i minori in carico al Dipartimento sono invece in larga maggioranza maschi, per il fatto che il Dipartimento si occupa per lo più di minori stranieri non accompagnati, i quali sono prevalentemente di sesso maschile.

Tabella E.10 Minori fuori dalla famiglia, Ente inviante, tipologia di affidamento e genere

Ente inviante	Minori in strutture residenziali			Minori in affidamento familiare/extrafamiliare			Totale minori fuori dalla famiglia		
	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F
Municipi	744	382	362	530	256	274	1.274	638	636
% Municipi	100	51,4	48,6	100	48,3	51,7	100	50,0	50,0
Dipartimento	533	431	102	0	0	0	533	431	102
% Dipartim.	100	80,9	19,1	0	0	0	100	80,9	19,1
Totale	1.277	813	464	530	256	274	1.807	1.069	738
% Totale	100	63,7	36,3	100	48,3	51,7	100	59,2	40,8

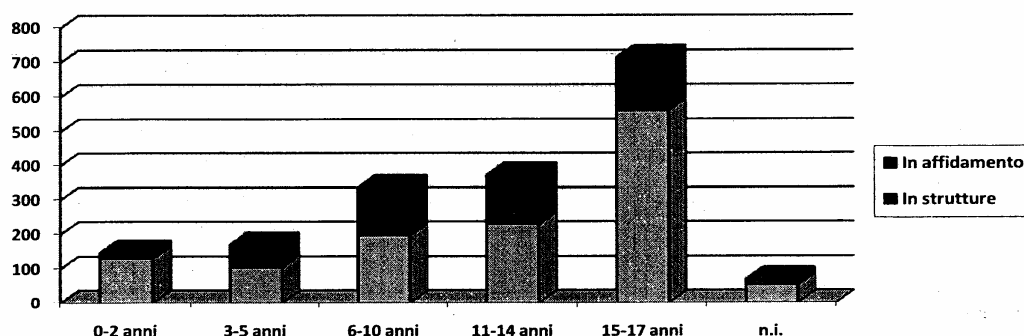
Grafico E.3 Minori accolti. Articolazione per genere e tipologia di accoglienza

Il 39,5% dei minori accolti in strutture residenziali o in affidamento (714) ha un'età compresa tra i 15 e i 17 anni. Il dato è condizionato dagli utenti del Dipartimento (in questa fascia di età si colloca infatti quasi il 72% di tutti i minori accolti dal Dipartimento).

Le altre classi di età sono rappresentate in percentuali crescenti con il crescere dell'età (dal 17,5% per la fascia 0-5 anni fino al 20,6% per gli 11-14 anni).

Se si restringe l'analisi ai soli Municipi, si riscontra un maggior equilibrio tra le diverse età (0-5 anni: 18,9%; 6-10 anni: 24,1%; 11-14 anni: 25,6%; 15-17 anni: 26,1%). Nelle strutture residenziali sono accolti anche maggiorenni tra i 18 e i 21 anni, già in carico nella minore età. Si tratta complessivamente di 211 persone, di cui 175 (82,9%) stranieri.

Grafico E.4 Minori in strutture residenziali o in affidamento, per classi di età



In 7 casi su 10 è il Municipio l'Ente di riferimento per la presa in carico socio-assistenziale di questi minori (negli altri 3 casi è il Dipartimento centrale). Esistono però grandi differenze tra i Municipi per quanto riguarda il numero di minori assistiti fuori dalla famiglia di origine. Si va infatti dai 188 minori del Municipio 8° (di cui 104 accolti in strutture residenziali) ai 10 del Municipio 17° (di cui solo 5 in strutture residenziali). La media per Municipio è di 67 minori assistiti (39 in strutture residenziali e 28 in affidamento familiare).

Come si è visto, nelle strutture residenziali sono accolti complessivamente 1.277 minori, di cui 744 inviati dai servizi municipali (58,3%) e 533 dal Dipartimento. La maggior parte di tali strutture si qualificano come "Case famiglia", in cui sono accolti 553 minori (43,3%), tutti a carico dei Municipi. Nei "Gruppi appartamento" e nelle strutture di accoglienza in semi-autonomia, sono ospitati 513 minori (40,2%). 211 minori (16,2%) sono invece accolti in *Comunità di pronta accoglienza*: si tratta, per la maggior parte (85,8%) di minori inviati dal Dipartimento.

Grafico E.5 Minori in strutture residenziali o in affidamento, per Municipio inviante

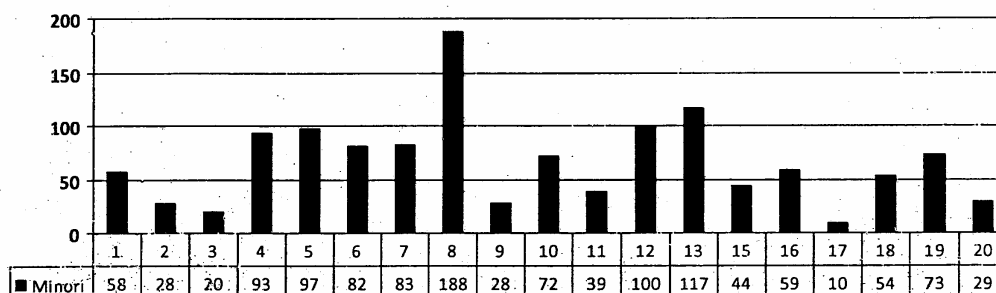
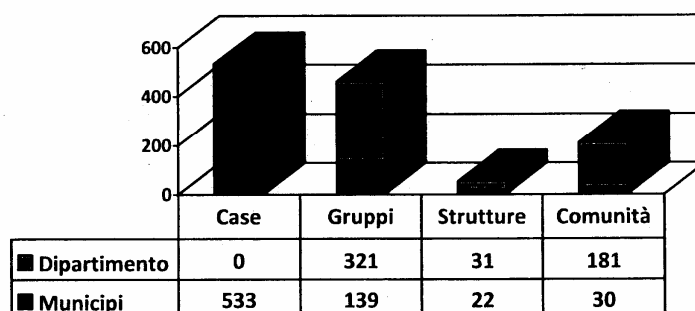
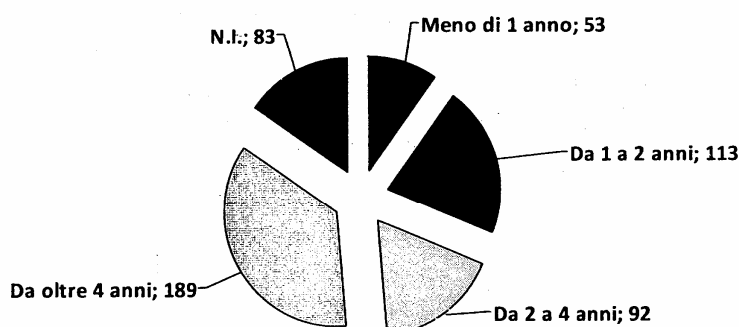


Grafico E.6 Minori in strutture residenziali, per tipologia di struttura ed Ente inviante

Per la maggior parte dei casi, l'affidamento familiare ed extrafamiliare dei minori è di tipo giudiziale. L'affidamento consensuale riguarda solo 79 casi, meno del 15% dei casi di affido. Alla data del rilevamento (1.1.2010), solo il 31,3% dei minori (166) risultava in affidamento da meno di 2 anni. E' particolarmente indicativo il fatto che più di un terzo dei minori in affido (189, pari al 35,7%) risultasse in affido da oltre 4 anni (un dato importante è anche l'alto numero di informazioni mancanti in questo ambito: 83, pari al 15,7%).

Grafico E.7 Durata dell'affido familiare dei minori al 1.1.2010

E.6.3 Minori vittime di violenza

Il fenomeno della trascuratezza, del maltrattamento fisico e psicologico e dell'abuso sessuale nei confronti dell'infanzia è stato oggetto, negli ultimi anni, di costante attenzione da parte delle istituzioni e dell'opinione pubblica. Nell'ultimo rapporto su *Violenza e Salute* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'abuso viene indicato come "il più importante problema di salute al mondo" per il quale si sollecitano interventi di prevenzione e cura.

L'abuso e la violenza a danno dei minori, in tutte le forme, attive o omissive, sono fenomeni diffusi e trasversali a ogni classe sociale e sono sintomi di un grave disagio individuale e relazionale che frequentemente colpisce l'intero nucleo familiare, minando le sue funzioni fondamentali di accudimento e cura e che, dunque, richiede di essere affrontato non solo a livello del singolo individuo ma sul piano delle relazioni familiari.

Il fenomeno è complesso e presenta diverse sfaccettature. Si verifica prevalentemente all'interno delle famiglie, restando spesso inespresso e invisibile, per cui i danni sul piano fisico e psicologico per le piccole vittime con il tempo si cronicizzano e amplificano. La complessità delle situazioni richiede l'attivazione di un'ampia rete di servizi sociali e sanitari, di pubblica sicurezza e della magistratura in grado di intervenire tempestivamente per proteggere il minore e rimuovere le occasioni di reiterazione delle violenze.

I mass media attirano l'attenzione soprattutto sui casi eclatanti. Una particolare forma di abuso a danno dei minori, che si sta diffondendo in modo drammatico, riguarda la pedopornografia. Devono preoccupare però anche le situazioni di disagio apparentemente meno gravi, ma che sono soggettivamente importanti. Ne sono vittime, ad esempio, i minori che si trovano a vivere le difficoltà di separazione traumatiche dei genitori, rischiando di diventare "ostaggi" delle controversie di coppia, che il più delle volte finiscono per chiarirsi in tribunale, con il coinvolgimento improprio del minore. Un indicatore di questo tipo di problemi è l'aumento del numero di affidamenti familiari in cui sono intervenuti i servizi sociali (nel 2009 sono stati il 13% in più rispetto al 2007).

In questo settore, il Comune ha promosso diversi interventi. Si segnala, in particolare, il servizio realizzato dal *Centro Bambino Maltrattato*, presso il quale pervengono segnalazioni di minori a rischio di abuso o le cui condizioni siano comunque indirizzate alla compromissione di un'adeguata maturazione per ragioni di carattere socio-psicologico. Il Centro effettua sia le valutazioni delle competenze riguardanti gli adulti coinvolti, come una presa in carico dei minori sotto il profilo terapeutico. Un'estensione del progetto agisce anche sugli affidamenti familiari caratterizzati da complessità e rischio di fallimento.

E.6.4 Il programma "Roxanne"

Collegato all'abuso sessuale è il fenomeno della tratta e dello sfruttamento della prostituzione minorile, per lo più di origine straniera. Si tratta di un problema complesso e multifattoriale, in cui interagiscono:

- ✓ i metodi coercitivi imposti da organizzazioni criminali internazionali, strutturate e aggressive, che sfruttano economicamente le minorenni, ridotte spesso in stato di semi-schiavitù;
- ✓ le spinte espulsive dei paesi ad alta pressione migratoria e le aspettative delle ragazze e delle loro famiglie;
- ✓ la condizione psicofisica e sociale vissuta dalle minorenni, le risorse culturali e materiali di cui dispongono; in funzione della giovane età sono facilmente manipolabili e soggiogate psicologicamente attraverso violenze e minacce alle famiglie di origine; spesso grava su di loro anche un senso di colpa perché dal loro reddito può dipendere la sopravvivenza economica del nucleo familiare in patria;
- ✓ le richieste del "mercato", ovvero dei clienti.

La tematica della tratta sessuale costituisce da tempo oggetto di interventi da parte del Comune di Roma che, con Deliberazione C. C. 8 marzo 1999 n. 27, ha adottato un programma rivolto sia alla prevenzione dei danni conseguenti all'esercizio della prostituzione, sia alla protezione delle donne tenute in condizioni di schiavitù da parte delle organizzazioni criminali.

Il servizio, che prende il nome di "Roxanne", si inserisce all'interno delle azioni coerenti con il Testo Unico sull'Immigrazione, in particolare con le opportunità offerte dall'articolo 18 della legge, con il quale viene contemplata la possibilità di regolarizzazione delle vittime attraverso la contemporanea disponibilità delle stesse a favorire le azioni di contrasto verso gli sfruttatori. Le attività del progetto mirano, nei casi in cui ne ricorrono le condizioni, alla richiesta di rilascio, presso la Questura, del permesso di soggiorno di "protezione sociale".

Il programma Roxanne è articolato su più livelli e prevede i seguenti interventi.

- Attività di prevenzione e riduzione del danno, attraverso *interventi su strada*⁷³, supportati da equipe multiprofessionali, tra cui operatori sanitari e della mediazione culturale, finalizzate all'informazione e alla tutela della salute, anche a vantaggio dei clienti, quale misura di prevenzione sanitaria. In questo contesto, ci si propone anche di individuare le persone soggette a traffico di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale (tratta).
- Servizio di prima accoglienza, strutturato come *sportello di ascolto*. Opera come consulenza e accompagnamento ai servizi con una presenza assicurata dagli stessi operatori dei servizi di contatto; è anche qui che avviene la "fuoriuscita" delle vittime dai circuiti di sfruttamento.
- Attività di accoglienza protetta, assicurata con la riservatezza dei luoghi, sia presso strutture appositamente realizzate, sia attraverso convenzioni con enti e organismi laici e religiosi esistenti sul territorio⁷⁴;
- Assistenza per il rimpatrio protetto delle donne intenzionate a rientrare nei paesi di origine, in collaborazione con Organismi internazionali;
- Attività di alfabetizzazione e conoscenza della lingua italiana, orientamento, formazione e tutoraggio all'inserimento lavorativo;
- Attività di consulenza legale: due associazioni di avvocati concorrono alle attività di tutela legale, assumendo anche in assistenza le donne nelle fasi processuali conseguenti al rilascio di dichiarazioni o di denunce;
- Partecipazione alle attività informative e di sensibilizzazione promosse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento Pari Opportunità): interventi nell'ambito del Numero Verde Nazionale (800 290 290) contro la tratta, annunci su giornali, affissione di locandine, produzione e consegna di opuscoli, "totem" presso stazioni ferroviarie periferiche, spot su emittenti radiofoniche locali, incontri con forze dell'ordine e con servizi pubblici, ecc.;
- Partecipazione ad un progetto transnazionale con la Romania (censimento delle ONG ivi operanti, loro sensibilizzazione sulla tratta, sostegno a una congregazione religiosa per il potenziamento di una struttura di accoglienza in loco);
- Organizzazione di incontri in istituti scolastici superiori finalizzati alla conoscenza del fenomeno "tratta" / "immigrazione" / "diversità" (prevenzione della formazione del pregiudizio), privilegiando le scuole che insistono sui territori in cui il fenomeno della prostituzione è particolarmente presente e percepito dalla cittadinanza come allarmante;
- Attività di collaborazione con le Università, gli enti di ricerca anche per la consulenza finalizzata a tesi di laurea e ricerche nel settore; incontri con delegazioni straniere di operatori pubblici e di Ong per la conoscenza e l'approfondimento della tematica della tratta sessuale.

Il programma è realizzato in collaborazione con numerosi enti e istituzioni, ed in particolare la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento Pari Opportunità), Questura di Roma (Ufficio Immigrazione, Squadra Mobile, Commissariati), Carabinieri, ASL, Organismi della cooperazione sociale e dell'associazionismo, organismi di volontariato e parrocchie romane.

La pianificazione strategica per il futuro fa riferimento ai numerosi documenti dell'Unione Europea sul tema del "traffico di esseri umani a scopo di sfruttamento" e in particolare alla recente Risoluzione che propone di estendere il rilascio del permesso di soggiorno anche in casi in cui non vi sia espressa denuncia della vittima nei confronti degli sfruttatori.

⁷³ Negli ultimi anni, anche alla luce delle ipotizzate modifiche di legge sull'esercizio della prostituzione, le unità di contatto stanno sperimentando strategie tecniche di approccio anche sulla prostituzione al chiuso (club, case, etc.).

⁷⁴ Complessivamente sono undici le comunità convenzionate, organizzate su due livelli di accoglienza (case di fuga e case di semiautonomia), di cui 4, con 24 posti, dedicate esclusivamente al target "vittime".

Per un'azione di sviluppo del servizio, è necessario partire dalla constatazione che la rete di accoglienza di Roma Capitale è permanentemente saturata. Le proposte che ne conseguono sono dirette sostanzialmente a:

- potenziare la rete di servizi di contatto (al momento sono solo due, in una città come Roma che vede presenze articolate e diffuse in numerose zone territoriali) che operano sul piano delle informazioni sanitarie e legali e curano l'accompagnamento ai servizi riconosciuti, ponendo contemporaneamente attenzione alle potenziali vittime;
- ri-pensare il sistema di aiuto alle minori, che risultano assolutamente "impermeabili" ad accogliere le offerte di accoglienza protetta;
- ipotizzare un programma di informazione – sensibilizzazione che raggiunga, oltre i siti istituzionali (scuole, sanità, etc.) già curati dal servizio, anche altre fasce di popolazione;
- rafforzare la positiva collaborazione con le forze dell'ordine, attraverso opportunità formative comuni e momenti condivisi di aggiornamento sui fenomeni⁷⁵.

E.6.5 Minori stranieri non accompagnati

La legislazione europea ed internazionale definisce i minori stranieri non accompagnati (MISNA) come *“cittadini di paesi terzi di età inferiore ai 18 anni che fanno ingresso nei territori dell'Unione non accompagnati da un adulto per essi responsabile”*. La legislazione italiana definisce i minori stranieri non accompagnati *“minori non aventi la cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che si ritrovano per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privi di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o d'altri adulti per loro legalmente responsabili”*. Il minore straniero non accompagnato è inespellibile. A seguito della sua segnalazione viene preso in carico dai servizi del territorio - come accade in generale per i minori, indipendentemente dalla nazionalità – che predispongono l'accoglienza in centri o in case famiglia. Tutti i progetti individuali sono integrati con interventi di sostegno: mediazione linguistico culturale, assistenza legale, sociale, formativa, lavorativa.

A Roma l'accoglienza per i minori stranieri non accompagnati si articola su tre livelli:

- a) una fase di pronta accoglienza;
- b) una più stabile presso case famiglie diffuse sul territorio;
- c) una terza, che non riguarda necessariamente tutti i ragazzi; rivolta all'accompagnamento all'autonomia al raggiungimento della maggiore età.

Circa il 30% dei MISNA che accedono al sistema di accoglienza comunale presenta i requisiti per procedere alla richiesta di riconoscimento della protezione internazionale o umanitaria, mentre una percentuale minima si considera “in transito”, ovvero prevede di completare il proprio percorso migratorio in altri paesi europei.

I MISNA accolti nell'ultimo triennio superano nella Capitale le mille unità: nel 2008 sono stati 1.048, per poi salire a 1.230 nel 2009 ed attestarsi sui 1.184 nel 2010. La presenza maschile è preponderante in tutto il triennio, arrivando a toccare circa l'86% nel 2009. I ragazzi con 14 anni o meno sono costantemente di una quota pari al 6,2% mentre i 17-18enni rappresentano costantemente la quota maggiore, con oltre il 60% (che supera il 70% nel 2009).

In riferimento alla nazionalità, tra quelle più frequenti si registra l'elevata e costante presenza di minori rumeni (circa il 18% nel 2010, dopo il 22,4% registrato nel 2008), di bengalesi soprattutto negli ultimi anni (circa il 21% nel 2010), di minori provenienti dall'Egitto⁷⁶, che dopo il 20%

⁷⁵ A tale proposito è stato redatto un Protocollo di Intesa che potrebbe essere sottoposto a Questura e Comando Carabinieri affinché se ne possano sviluppare tutte le potenzialità ivi contenute.

⁷⁶ Naturalmente al netto dei recenti sconvolgimenti politici che hanno caratterizzato diversi Paesi nordafricani.

circa toccato nel 2009 si attestano su quote prossime al 17% nel 2010 e, in decrescita durante il triennio, di minori afgani, passati da rappresentare il 31,4% degli accolti nel 2008 al 14,1% del 2010.

Tabella E. 11 Minori Stranieri Non Accompagnati accolti dal 2008 al 2010, per sesso, classi di età e paese di provenienza

Minori accolti		2008	2009	2010
Distribuzione per sesso (%)	Maschi	81,2	85,8	83,4
	Femmine	18,8	14,2	16,6
Distribuzione per classi di età (%)	<15 anni	6,2	6,2	6,2
	15/16 anni	13,2	15,8	22,0
	17/18 anni	60,0	72,9	61,9
	> 18 anni	20,6	5,1	9,9
Distribuzione per nazionalità (%)	Afghanistan	31,4	18,5	14,1
	Bangladesh	7,2	23,2	20,9
	Egitto	11,1	20,2	17,2
	Romania	22,4	13,8	17,9
	Tutte le altre	28,0	24,2	29,9
Totale		1.048	1.230	1.184

L'estrema rapidità con cui si modificano le geografie degli ingressi fa comprendere, anche nel caso dei MISNA, come l'incremento quantitativo contenga una valenza qualitativa che richiede una costante manutenzione del sistema e flessibilità dell'offerta per rispondere a bisogni estremamente diversificati, pur in presenza di fasce anagrafiche omogenee.

Il numero dei paesi di provenienza (oltre 50 da tutto il mondo), le differenze culturali, religiose ed etniche, spesso anche interne allo stesso paese di provenienza, determinano enormi difficoltà di gestione dell'accoglienza e di convivenza nelle comunità educative e, talvolta, anche con la comunità civile italiana.

Anche i progetti di inclusione e di inserimento sono fortemente condizionati da tali caratteristiche, seppure in via di massima ciascun progetto migratorio contiene esigenze e motivazioni pressanti, per le quali i ragazzi operano scelte consapevoli e responsabili in termini di accettazione delle regole vigenti.

Stante l'altissima percentuale di ragazzi che accedono alla prima accoglienza prossimi alla maggiore età, in grande prevalenza maschi, le strutture di secondo livello cui si fa riferimento sono quelle rivolte alla fascia adolescenziale, che risultano insufficienti sul territorio romano. Di conseguenza, è necessario ricorrere a comunità attive sul territorio regionale o anche extraregionale.

In vista di un programma di miglioramento della strategia, dei metodi e degli strumenti di accoglienza dei MISNA, è opportuno concentrare l'attenzione sulle attuali problematiche di livello istituzionale e operativo. Sinteticamente, si tratta di:

- ✓ incertezze sull'attendibilità scientifica delle procedure di identificazione e accertamento dell'età, che stanno alla base del diritto di accoglienza protetta;
- ✓ saturazione del sistema di accoglienza per adolescenti, con continuo ricorso a strutture fuori del territorio comunale e a volte regionale, superata soltanto grazie all'allestimento di servizi a bassa intensità assistenziale nella fase di prmissima accoglienza;
- ✓ numeri elevati di MISNA con compromissioni di carattere psico-patologico e psichiatrico;

- ✓ difformità relative ai criteri per l'esercizio dei diritti di protezione (ad es., l'Ufficio Giudice Tutelare di Roma - unico nel panorama nazionale - emette decreti di tutela degli egiziani sino ai 21 anni, sulla base di quanto previsto dalle leggi egiziane);
- ✓ inadeguate risorse per allestire gli interventi post maggiore età (alloggio – lavoro);
- ✓ insufficienti relazioni con le comunità straniere presenti in Roma.

E.6.6 Un nuovo Piano per l'attuazione della legge 285/97

La Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"⁷⁷ prevede, tra l'altro, l'istituzione del Fondo Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza con uno stanziamento di 117 miliardi di lire per l'anno 1997 e di 312 miliardi a decorrere dal 1998. Una quota del 30% di tale Fondo è riservata a 15 città (tra cui Roma), che presentano condizioni e problemi particolari. La quota attribuita a Roma Capitale è di poco superiore al 6% dell'importo complessivo del Fondo e attualmente si aggira sui 9 milioni di Euro l'anno.

Il Fondo è finalizzato a finanziare progetti integrati, promossi dai Comuni con il concorso della Scuola, delle ASL, della Giustizia minorile e di altre istituzioni e organizzazioni che operano sul territorio in favore dell'infanzia e dell'adolescenza. Da alcuni anni, le risorse di questo Fondo, confluendo nel Fondo Nazionale Politiche Sociali, sono ripartite in modo indistinto alle Regioni. Le Città riservatarie continuano però ad essere finanziate direttamente dallo Stato.

I Piani di Roma Capitale in attuazione della legge 285/97

Il Comune di Roma ha adottato diversi Piani Territoriali Cittadini in attuazione della Legge 285/97. Il *primo Piano* è stato sottoscritto il 29 luglio 1998 con un Accordo di Programma sottoscritto dal Sindaco, dal Provveditore agli Studi, dal Rappresentante del Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo e dai Direttori delle cinque ASL romane.

La preparazione del Piano cittadino era stata avviata fin dai primi mesi del 1998 da un Comitato tecnico-politico interassessorile, formato da esponenti di tre Assessorati (Città a misura delle bambine e dei bambini, Politiche Sociali, Politiche Educative e Giovanili).

L'analisi dei bisogni e la ricognizione delle risorse territoriali erano state svolte in gran parte dai servizi sociali delle Circoscrizioni. A questo livello si sono decisi in gran parte i progetti da realizzare (due terzi delle risorse disponibili sono infatti ripartite ai Municipi, secondo precisi indicatori). Ai progetti circoscrizionali sono stati affiancati alcuni interventi a dimensione cittadina, promossi dai tre Dipartimenti coinvolti.

Anche il *secondo Piano Cittadino* è stato elaborato dopo un lungo e complesso percorso e in seguito ad una valutazione generale dei progetti, in modo da raccogliere elementi utili per il miglioramento degli interventi. Il processo è stato gestito e coordinato dal Comitato Interdipartimentale Operativo (CIO), secondo precise indicazioni della Giunta Comunale.

Questo Piano è stato adottato dal Commissario straordinario con Ordinanza 131 del 28 maggio 2001, in seguito alla sottoscrizione di un Accordo di Programma con le ASL romane, il Provveditorato agli Studi e il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo.

Negli ultimi anni l'Amministrazione comunale ha deciso di dare continuità agli interventi avviati con i Piani precedenti, sia in considerazione di una certa incertezza riguardo alla continuità del finanziamento della legge 285, sia perché nel frattempo si è dato avvio al Piano Regolatore Sociale, al cui interno sono confluiti anche i progetti della Legge 285.

⁷⁷ Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 5 settembre 1997.

Gli interventi

I destinatari degli interventi — come è ovvio — sono principalmente bambine e bambini (di tutte le età), ragazzi e ragazze minori di età. Molti interventi sono indirizzati però anche ai genitori, ai familiari, agli educatori e agli operatori sociali.

Come si evince dalla tabella seguente, nel 2010 sono stati operativi 95 progetti (di cui 85 promossi dai Municipi e 10 dai Dipartimenti centrali) Gli interventi riguardano tutte le aree e i settori previsti dalla Legge 285/97 e sono riconducibili a diverse tipologie.

Tabella E.12 Progetti in corso finanziati dalla legge 285/97 – v.a. e v. percentuale (2010)

Tipologia	N. progetti	% sul totale dei progetti
Promozione dei diritti e della partecipazione dei minori	3	3,2%
Sostegno alla genitorialità	15	15,8%
Nidi alternativi e altri interventi per la prima infanzia (0-3 anni)	1	1,1%
Diffusione e sostegno dell'affidamento familiare e dell'adozione	1	1,1%
Spazi e servizi ludico-ricreativi per l'infanzia (4-12 anni)	21	22,1%
Educativa territoriale, lavoro di strada e centri di aggregazione per adolescenti (13-18 anni)	21	22,1%
Sostegno all'integrazione scolastica e prevenzione della dispersione e dell'abbandono scolastico	18	18,9%
Sostegno a bambini e adolescenti con disagio psico-sociale	3	3,2%
Sostegno all'integrazione dei minori stranieri e nomadi	4	4,2%
Interventi in risposta a problemi di handicap fisico e/o psichico	3	3,2%
Progetto di sistema	5	5,3%
Totale	95	100%

La realizzazione degli interventi è stata affidata in gran parte ad organismi esterni all'amministrazione comunale: associazioni, cooperative e altre organizzazioni no profit. È rilevante anche il ruolo delle scuole, che negli ultimi anni è andato crescendo: nel 2010 sono circa 100 gli Istituti scolastici coinvolti nei progetti promossi dal Dipartimento Servizi educativi e Scolastici e direttamente dai Municipi. Complessivamente, fino ad oggi sono stati coinvolti circa trecento organismi attuatori, molti dei quali si sono riuniti in raggruppamenti temporanei di scopo. Attualmente sono un centinaio gli organismi impegnati nell'attuazione degli interventi.

L'eterogeneità dei progetti rende difficile e incerto il calcolo dei destinatari raggiunti. In oltre dieci anni (cioè dal 1999 al 2010), si può stimare che ne abbiano usufruito non meno di 355.000 persone, di cui circa il 60% sono minori di età, 30% genitori e familiari, 10% insegnanti, educatori e operatori sociali. Complessivamente, le risorse assegnate dallo Stato al Comune di Roma dal 1997 al 2010 sono pari a circa 129 milioni di euro, con un importo medio/anno di oltre 9,3 milioni di Euro.

Il coordinamento e il monitoraggio dei progetti è affidato alla *Cabina di Regia*, una tecnostruttura formata da dipendenti comunali, con il supporto di un organismo specializzato. Alla Cabina di Regia sono attribuiti diversi compiti: coordinamento, monitoraggio, comunicazione, assistenza tecnica sulle procedure, controllo di gestione, controllo della qualità degli interventi, valutazione degli esiti, diffusione di buone prassi. Il sistema di monitoraggio attivato dalla Cabina di regia prevede flussi regolari, completi e tempestivi di informazioni sullo stato di avanzamento delle attività progettuali, sulle azioni realizzate e sui destinatari raggiunti.

L'attuazione della legge 285 a Roma è unanimemente considerata un'esperienza positiva, per molteplici motivi:

- ✓ per la disponibilità finanziaria aggiuntiva al bilancio comunale, vincolata e costante⁷⁸;
- ✓ per l'approccio universalistico, finalizzato a creare opportunità per tutte le persone minori di età e non solo per alcune "fasce" o categorie svantaggiate;
- ✓ per l'innovazione metodologica e procedurale, con una pianificazione e progettazione territoriale integrata e il coinvolgimento di diversi Dipartimenti, dei Municipi, delle Istituzioni, del Terzo Settore e del Volontariato;
- ✓ per il coordinamento, l'assistenza tecnica e il monitoraggio assicurati dalla "Cabina di regia";
- ✓ per il collegamento dell'esperienza romana con il Centro Nazionale Infanzia e Adolescenza e con le altre Città riservatarie.

Per tutti questi motivi, si ritiene necessario non solo assicurare continuità e stabilità a questa esperienza. È importante che gli interventi in attuazione della legge 285 mantengano una propria specificità, anche se inseriti doverosamente nel Piano Regolatore Sociale. La legge 285 infatti non è un "capitolo" dei servizi socio-assistenziali, ma è finalizzata alla promozione delle opportunità e dei diritti di tutte le persone in età evolutiva, non necessariamente attinenti all'area socio-assistenziale. I progetti finanziati dalla legge 285 devono perciò essere inquadrati nella più ampia finalità di rendere la città sempre più "amica" dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze che vivono a Roma.

Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una forte integrazione con tutte le politiche cittadine che hanno un impatto sulle nuove generazioni: l'educazione, la formazione, la cultura, la partecipazione alla vita della città, la conciliazione dei tempi della famiglia con quelli del lavoro, il gioco, lo sport, la cura dell'ambiente, la mobilità, la sicurezza, ecc. Perché questa integrazione non resti solo una buona intenzione, è necessario identificare metodi e strumenti concreti, con indicatori di processo e di risultato verificabili.

In particolare, si dovrà porre attenzione al coordinamento delle politiche dell'infanzia e dell'adolescenza con quelle della famiglia e della gioventù. I piani di intervento promossi in favore delle famiglie e dei giovani, insieme a quelli per i minori, potranno così generare un "effetto-condensazione" e sinergie efficaci.

È importante che la nuova pianificazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza non si limiti alla programmazione delle risorse trasferite dallo Stato direttamente riferibili alla legge 285, ma si ponga in un'ottica sistemica, in modo da promuovere un insieme organico di interventi e opportunità per tutti i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze che vivono nella città, integrando le risorse della legge 285 con quelle del bilancio comunale, quelle trasferite dalla Regione, quelle provenienti da altre fonti di finanziamento.

Il principale riferimento normativo dovrà continuare ad essere la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo e le altre Convenzioni internazionali ratificate dallo Stato italiano. Al riguardo, è importante anche coordinare l'azione del Comune di Roma in questo settore con quella della Scuola, della Magistratura minorile e del Garante regionale dell'infanzia e dell'adolescenza. Inoltre, si dovrà incentivare la partecipazione dei minori alle iniziative che li riguardano, in modo sostanziale e non solo "coreografico".

⁷⁸ E' da osservare però che la quota di finanziamento è rimasta immutata dal 2000. Se si considera l'aumento del costo della vita negli ultimi 10 anni, è facile constatare come le risorse economiche disponibili si siano, nei fatti contratte in pesantemente. Inoltre, a partire dal 2010, il finanziamento si è ridotto ulteriormente, con un "taglio" dell'ordine del 10% circa.

L'attuazione della legge 285 a Roma si fonda sulla ricerca di un rapporto equilibrato tra:

- ✓ le iniziative di promozione del benessere di tutti i minori e i programmi di prevenzione e riduzione del disagio dei minori, facendo dunque attenzione a tutte le aree di intervento previste dalla legge 285;
- ✓ i diversi gruppi target e le diverse età, a partire dalla prima infanzia fino all'adolescenza;
- ✓ la necessaria stabilità e continuità da assicurare ai servizi avviati e un buon livello di innovazione (al riguardo, si potrebbe riservare una percentuale delle risorse disponibili alla sperimentazione di interventi innovativi).

Dal punto di vista della programmazione della legge 285, nel nuovo Piano Regolatore Sociale:

- a) si confermano i *criteri di riparto* tra interventi municipali (2/3) e interventi cittadini (1/3) e la riserva del 3% per le azioni di sistema a livello centrale (assistenza tecnica, formazione, monitoraggio, valutazione e diffusione dei risultati, rendicontazione, relazioni con il Centro Nazionale Infanzia e Adolescenza e le altre Città riservatarie);
- b) si supera la prassi consistente nella riserva del 2% per le azioni di sistema a livello degli enti promotori, sia perché sono venute meno le ragioni che hanno giustificato tale misura, sia al fine di recuperare parte della riduzione del finanziamento statale;
- c) sono rivisti i criteri di riparto dei fondi 285 tra i Municipi, mediante l'aggiornamento della batteria di indicatori da utilizzare per la suddivisione delle risorse disponibili (ad es: popolazione minorile, livelli di disagio, densità di servizi per l'infanzia e l'adolescenza, ecc.);
- d) viene assicurata una sostanziale parità di risorse tra i Dipartimenti interessati (servizi sociali e servizi educativi);
- e) è incentivato il trasferimento dei progetti "stabilizzati" (veri e propri servizi territoriali) dai fondi della legge 285/97 al bilancio comunale;
- f) sono adottate procedure per controllare i rischi derivanti dal trasferimento delle risorse statali sul bilancio comunale, al fine di mantenere la specificità della legge 285;
- g) sono adottate tutte le misure necessarie per il pieno utilizzo delle risorse assegnate dallo Stato a Roma Capitale (eventuali fondi residui sono utilizzati per il finanziamento di progetti coerenti con le finalità della legge 285). In particolare, tra gli obiettivi operativi, si privilegiano interventi per il sostegno alle famiglie con figli in condizioni di disagio e il rafforzamento e messa in rete dei Centri di aggregazione e socializzazione per adolescenti;
- h) sono incentivate forme di cofinanziamento nell'ambito della "Responsabilità Sociale" delle organizzazioni private e, in alcuni casi, degli stessi beneficiari-fruitori dei servizi⁷⁹;
- i) sono adottati gli strumenti più efficaci per ottimizzare e ridurre i costi di gestione⁸⁰.

⁷⁹ Al riguardo, si possono sperimentare strategie di *fund raising* e di *cause related marketing* per finalizzare raccolte di fondi a specifici progetti. Ad esempio, si può ritenere titolo prioritario in sede di selezione degli enti attuatori di un progetto l'eventuale suo cofinanziamento da parte dello stesso ente, che così diverrebbe, più che un organismo "gestore", un vero e proprio "partner" dell'Amministrazione.

⁸⁰ Ad esempio, mediante la messa a disposizione di sedi operative di enti pubblici per gli enti gestori ed evitando di "spezzettare" eccessivamente il budget a disposizione in una miriade di piccoli interventi, la cui gestione, tra l'altro, diventa in questo modo molto onerosa per l'Amministrazione.

E.6.7 I giovani⁸¹

In Italia le politiche giovanili sono state a lungo lasciate ai margini dell'Agenda Politica. Il nostro Paese è uno dei pochi in Europa a non avere una legge nazionale per i giovani. Da qualche anno però le cose stanno cambiando e una nuova sensibilità si sta affermando. Ne sono segni evidenti l'istituzione di un Ministro specifico per questo settore e la costituzione del Fondo Nazionale Politiche Giovanili (FNPG), che è stato ripartito in gran parte alle Regioni e agli Enti Locali.

A livello regionale si fa riferimento alla Legge 29 novembre 2001, n. 29, "Promozione e coordinamento delle politiche in favore dei giovani" e alla DGR 28 settembre 2007, n. 736. ("Programma Triennale degli interventi in favore dei giovani per gli anni 2007-2009").

Con le risorse messe a disposizione dalla Regione e dal FNPG il Comune di Roma finanzia le azioni del suo primo Piano Locale Giovani (PLG). Nello stesso tempo, tra il 2007 e il 2010, il I Municipio partecipa alla sperimentazione nazionale dei PLG promossa da ANCI e dalla Rete ITER⁸².

Fino a poco tempo fa le politiche giovanili - quando non intese come prevenzione di problemi "tipicamente giovanili", come la tossicodipendenza o le "stragi del sabato sera" - si traducono sostanzialmente in proposte di tipo ludico o in servizi informativi ("Informagiovani"). Temi certamente importanti, ma marginali rispetto ai problemi fondamentali dei giovani. Fino a pochi anni fa, le politiche giovanili avevano dunque il compito di mitigare e minimizzare i danni sociali che derivavano da un indeterminato prolungamento dell'adolescenza e possedevano un carattere chiaramente "ricreativo/riparatorio".

Secondo le prospettive assunte dall'Unione Europea con la "Strategia di Lisbona" e con il "Patto per la Gioventù" le azioni di governo rivolte ai giovani oggi si qualificano sempre più come politiche di investimento, di sviluppo, di crescita della conoscenza e dell'innovazione. Quando si parla di giovani, pertanto, si pensa alla necessità di sostenere un più tempestivo *ricambio generazionale* a tutti i livelli: lavoro, casa, credito, possibilità di formarsi una famiglia. Da Lisbona in poi, cresce la consapevolezza che l'adolescenza prolungata è un costo insostenibile e un danno per la società: ragazzi che vivono nella precarietà, nel gioco, sotto le responsabilità delle famiglie di origine (i famosi "bamboccioni"). Giovani sfiduciati, con un deficit di partecipazione civica e sociale.

Le politiche per le giovani generazioni devono abbandonare definitivamente il carattere residuale che hanno avuto in passato. Il capitale umano dei giovani italiani (formazione di alto livello, creatività, competenze) è troppo spesso sottoutilizzato.

E.6.8 Misure operative

A. Definire i "livelli essenziali" per i minori privi di un valido sostegno familiare.

È già stato sottolineato come sia necessario garantire su tutto il territorio comunale un sistema di opportunità e di prestazioni essenziali per le persone che si trovano in situazioni di bisogno e di fragilità sociale. La definizione dei "livelli essenziali" delle prestazioni sociali è certamente un compito che spetta allo Stato, ma la città di Roma può contribuire a raggiungere questo obiettivo avviando una sperimentazione limitata al settore dei servizi che riguardano i minori privi di un

⁸¹ In questa sezione si è tenuto conto del contributo offerto da Roberto Ferrante dell'Associazione Il Cenacolo nell'ambito dei lavori dei "Forum tematici" che si sono riuniti per la preparazione del nuovo Piano.

⁸² Cfr. www.pianilocalgiovani.it

valido sostegno familiare (target previsto nell'ambito del citato progetto "LIVEAS" di Roma Capitale⁸³).

B. Rivedere e aggiornare i modelli di intervento per l'accoglienza e la presa in carico dei minori che vivono situazioni di disagio e/o sono privi di un valido sostegno familiare

L'accoglienza residenziale dei minori è stata oggetto di due provvedimenti di Giunta tra il 1998 e il 2000, riguardanti la realizzazione del sistema di accreditamento e l'istituzione di un Registro cittadino delle comunità socio educative per minori. Tale sistema deve però essere aggiornato, in quanto ormai non corrisponde più alle complesse esigenze determinate dai cambiamenti degli ultimi 10 anni. Si tratta di rivedere non tanto il funzionamento del singolo servizio, quanto lo stesso modello di intervento, nei suoi aspetti organizzativi e operativi.

È necessario soprattutto regolamentare l'erogazione dei servizi in modo uniforme e organico su tutto il territorio. Ciò comporta una revisione del sistema di accreditamento, modificando profondamente l'impostazione sinora adottata, che premia i progetti di comunità più su criteri logistici che professionali. Il nuovo sistema deve essere centrato sul singolo minore, differenziando i progetti educativi di intervento mediante un'accurata valutazione multidimensionale. Ciò delinea l'esigenza di coinvolgere i servizi sanitari in ogni fase dell'intervento e di prevedere azioni di aiuto anche al nucleo familiare, sia sotto il profilo professionale che materiale.

Un obiettivo da perseguire nel nuovo sistema di accreditamento è quello di trasformare la *comunità educativa* da risorsa dedicata all'accoglienza protetta di alcuni minori "esclusivamente" fragili verso un modello di "agenzia territoriale" di riferimento "anche" per soggetti minori per i quali l'accoglienza non è necessaria. In tal senso, appaiono evidenti i possibili collegamenti delle comunità residenziali con il mondo della scuola, con il SISMIF e l'affido familiare, con gli interventi di educativa territoriale.

In questo contesto va ripensata anche l'assistenza domiciliare minori (SISMIF⁸⁴), programma che ancora vive su un modello "sperimentale" ipotizzato a metà degli anni '90. Tale modello appare oggi inadeguato soprattutto sotto il profilo della progettualità, ormai da diversificare per fasce di età e problematiche. L'impianto per "pacchetti di servizio", pur avendo introdotto elementi di flessibilità importanti rispetto al semplice conteggio delle "ore di assistenza", nel caso dei soggetti minori costituisce un elemento di rigidità che deve essere superato per ampliare i margini di elasticità e di adattamento necessari per un'efficace azione educativa.

Sia la definizione delle figure professionali necessarie a condurre un buon progetto di domiciliare, sia la tipologia di interventi (ovviamente diversi nel caso di un minore di sei anni rispetto a un adolescente), necessitano di una rivisitazione del modello, che deve fondarsi su due premesse:

- ✓ il coinvolgimento delle reti di aiuto sanitario specialistico, sia per il minore che per eventuali membri del nucleo familiare;
- ✓ la costruzione di un modello *ad hoc* per gli adolescenti, che preveda anche la costituzione di équipes di educativa territoriale che possano intercettare il fenomeno di disagio e introduzione di figure "adulte" di riferimento extra familiari.

⁸³ Le misure operative si ispirano al quadro dei diritti sanciti dalla Convenzione Internazionale del Fanciullo ed in particolare all'art. 3 che prevede "in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente". Con la ratifica della Convenzione ONU (Legge 176/91) le sue norme sono entrate a far parte integrante dell'ordinamento giuridico italiano, facendo sì che anche un principio programmatico come quello dell'art. 3 divenisse un principio cardine dell'ordinamento giuridico e, come tale, un fondamentale criterio interpretativo delle singole norme per superare eventuali loro ambiguità.

⁸⁴ Questa azione sarà avviata in seguito alla prima fase della riforma dell'assistenza domiciliare, che riguarda in partenza il SAISH e il SAISA.

Tutte queste azioni di riforma, sono previste immediatamente dopo il periodo di sperimentazione della riforma dell'assistenza domiciliare che coinvolgerà, nella sua fase iniziale, la attività SAI-SA e SAISH.

L'*assistenza economica* deve essere rivista sotto il profilo della specificità delle finalità da assumere nei casi di disagio minorile o familiare con presenza di minori a rischio. Occorre decentrare qualsiasi tipologia di assistenza economica, tenendo conto che la stessa deve sempre essere finalizzata a progetti la cui attuazione non può essere separata dalle reti di territorio. Sostenere la frequenza scolastica e le attività sportive, consentire la cura della salute, assicurare il riferimento di un adulto significativo per il minore nell'organizzazione familiare, facilitare la frequentazione nei casi di separazione con il genitore non residente (ora l'affidamento nella separazione è quasi sempre "congiunto"), sono linee di intervento affrontabili talvolta anche attraverso un potenziamento dello strumento del "contributo finalizzato".

C. Velocizzare i processi di presa in carico e di protezione sociale.

Tenendo conto del valore "tempo" per le persone in età evolutiva, specialmente per i più piccoli, è importante introdurre misure in grado di rendere più tempestivi i processi di presa in carico e di protezione sociale. Gli interventi tardivi non solo rischiano di risultare inefficaci, ma possono addirittura essere controproducenti. Per raggiungere questo obiettivo bisogna disporre di un sistema informativo in grado di monitorare costantemente la situazione di ciascun minore assistito.

D. Ridurre il ricorso all'assistenza residenziale.

Si tratta di proseguire nel cammino che, pur con qualche esitazione e difficoltà, è stato intrapreso in questi ultimi anni, alla luce della legge 149/2001, privilegiando percorsi personalizzati di accoglienza in ambienti veramente "familiari" (e non solo "a dimensione familiare"). A tal fine è necessario sia stimolare la Regione Lazio a rivedere l'attuale assetto dei *GIL Adozioni*, sia sul piano organizzativo che formativo (le attese per l'espletamento delle inchieste sono infatti lunghissime), sia potenziare l'affido familiare, a partire dal nuovo Regolamento adottato nel 2008, con il sostegno dell'autorità giudiziaria e degli organismi specializzati. In questo ambito saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- ✓ aumentare la disponibilità di persone affidatarie⁸⁵, anche mediante il rafforzamento delle azioni di sensibilizzazione della popolazione;
- ✓ assicurare un maggiore sostegno alle persone affidatarie, attraverso figure professionali di riferimento che possano agire sulla motivazione e aiutare ad affrontare le difficoltà insorgenti;
- ✓ rilanciare e sviluppare l'azione del Centro comunale "Pollicino";
- ✓ sperimentare modalità innovative di affidamento familiare e lo sviluppo di interventi "leggeri" di accompagnamento all'affido, che consentano di offrire l'apporto di famiglie e singoli di riferimento a un target di minori per il quale l'affido a tempo pieno non risponde né a esigenze del target stesso, né alle disponibilità esistenti.

E. Migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle Comunità di accoglienza.

La "specializzazione" delle comunità deve essere orientata attraverso un'azione dei servizi che sappia "valutare a livello multidimensionale" le problematiche in atto caso per caso, al fine di elaborare progetti individuali "differenziati" anche per intensità assistenziale. Non solo. È anche necessario "dimensionare" il corrispettivo economico da erogare alle comunità a seconda delle problematiche individuali e familiari in atto. In sostanza, i minori sono tutti uguali per esigibilità di diritti, ma assolutamente diversi per caratteristiche, necessità di aiuto e risorse da attivare.

⁸⁵ Le esigenze di "formazione" dei candidati all'affido devono prevedere un accompagnamento nel tempo da parte dei servizi sociali, accompagnamento attualmente non assicurato per scarsità di risorse professionali.

Per il *target adolescenziale* deve essere sviluppato un sistema differenziato su tre livelli: acuzie patologica (a titolarità sanitaria); trattamento terapeutico (a titolarità socio sanitaria), per creare condizioni atte al rientro del minore in una comunità (o altre soluzioni di collocamento intra o extra familiare); recupero educativo (a titolarità socio educativa). Particolare attenzione deve essere assegnata ai casi di adolescenti con situazioni di disagio che tendono ad acuitizzarsi verso condizioni patologiche: autolesionismo, aggressività, asocialità, devianza, bullismo, etc.

Per i *piccolissimi*⁸⁶, invece, occorre rendere più rapida la definizione dei percorsi giuridici di collocamento extrafamiliare nei casi in cui ne ricorrano le condizioni (intensificando la collaborazione con il Tribunale per l'emissione di provvedimenti necessari, una volta effettuate le verifiche sulle condizioni delle famiglie di origine). Nello stesso tempo occorre potenziare le reti di sostegno alle famiglie di origine, se le condizioni di disagio non sono riferite a incapacità genitoriale. Infine, è necessario incrementare i posti in accoglienza, stante l'elevato numero di casi verificatisi negli ultimi due anni.

Per i *minori in età di prima scolarizzazione*, si deve prendere atto che purtroppo un eccessivo numero di minori subisce l'effetto di lunghe permanenze in comunità. L'adozione non sempre è possibile od opportuna e dunque è necessario adottare anche altre misure, come la promozione di reti di accoglienza solidale che interrompano i rischi di istituzionalizzazione; il potenziamento dell'aiuto alle famiglie di origine; una programmazione attenta dell'uscita dall'assistenza, tramite collegamenti sistematici con altre reti (lavoro, sostegno alloggiativo, etc.).

Per i *nuclei madre con bambino*, in cui sempre più frequentemente le madri sono portatrici di incapacità e disturbi, pur non venendo meno il loro livello di affettività e cura dei figli; devono essere potenziati gli interventi di semiautonomia e di percorsi verso l'autonomia (lavoro, alloggio).

F. Ampliare e sistematizzare le azioni per la prevenzione dei rischi.

Il concetto di prevenzione è valido in tutti gli ambiti dei servizi sociali, ma è evidente che riveste una particolare importanza quando si parla di persone in età evolutiva. Si deve pertanto considerare la "prevenzione" un *compito strutturale* del sistema cittadino dei servizi sociali (anche se, ovviamente, non solo di questi). Per questo è necessario che gli interventi di prevenzione siano attentamente programmati, monitorati, valutati.

In questo ambito si deve agire sia con una prevenzione "generale" nei confronti di tutto il gruppo target, sia con una prevenzione "specifica", diretta ai soggetti con maggior rischio. Un campo di applicazione importante è quello dell'educativa territoriale, finalizzata all'aggancio e all'orientamento degli adolescenti e dei gruppi informali, per favorire un adeguato processo di responsabilizzazione, di rientro nei sistemi dell'istruzione e della formazione o in un percorso di inserimento socio-lavorativo.

G. Integrare interventi per i giovani.

È fondamentale integrare il Piano Regolatore Sociale con il Piano Locale Giovani, traducendo in termini operativi la Strategia di Lisbona e le esperienze acquisite con la prima applicazione dei PLG e degli altri interventi realizzati sul territorio romano. Si tratta di investire sui giovani, scommettere sulle loro possibilità, chiamarli a fare la propria parte e dare loro adeguate opportunità, cui possano accedere nell'eguaglianza dei punti di partenza. Le nuove politiche sociali si rivolgono alla persona giovane nella sua integralità, destinato progressivamente a sostituire il modello attuale di tipo prevalentemente risarcitorio e assistenziale.

I Piani Locali Giovani traducono in pratica la svolta culturale delle politiche giovanili come *politiche di sviluppo* perché mettono al centro i temi della responsabilità sociale, dell'autonomia per-

⁸⁶ Sono in aumento i casi di abbandono di minori che alla nascita presentano gravi condizioni di salute.

sonale, del lavorare e dell'abitare, del vivere appieno il presente e del costruirsi un futuro. *Sono politiche di investimento sociale, dell'autonomia e della fiducia* perché mettono insieme la promozione di competenze e abilità sociali, i processi educativi formali ed informali, la riduzione delle forme di dipendenza e ritardo nella transizione a ruoli adulti, l'opportunità di partecipare alla costruzione del "sociale", l'assunzione di potere e responsabilità nei diversi contesti di vita.

Il Piano Locale Giovani rappresenta il processo di negoziazione tra più attori (Enti, Istituzioni, Organizzazioni, Soggetti collettivi) che individuano obiettivi comuni per l'attuazione di strategie orientate allo sviluppo locale nel suo complesso e all'aumento della partecipazione dei giovani ai processi decisionali locali. Attraverso il PLG si può superare la disomogeneità di quanto fin ora realizzato, nel rispetto e nella valorizzazione delle rispettive specificità e competenze tra Roma Capitale e Municipi.

E.7 Servizi e interventi per le persone anziane⁸⁷

E.7.1 Le persone anziane: una risorsa per la città

Come si è visto nella descrizione dei dati demografici, a Roma vive un "esercito" di persone con più di 65 anni: oltre 600mila, pari al 21,22% della popolazione residente. Queste persone costituiscono, prima che un problema, una preziosa risorsa per la città. Circa la metà degli anziani sono nella fascia d'età 65-74, per lo più autosufficienti e attivi. Essi costituiscono il principale "ammortizzatore sociale" del territorio. Partecipano alla vita civica, si istruiscono, viaggiano, aiutano in famiglia, si occupano dei nipoti e spesso anche di un genitore più anziano. Alimentano il volontariato e l'associazionismo. Hanno esperienza, tempo, relazioni, a volte anche mezzi economici. Costituiscono una "leva" per far fronte alle sfide del welfare locale nei prossimi anni.

Per tutte queste persone l'obiettivo non è solo quello di vivere il più a lungo possibile ("*dare anni alla vita*"), ma di prolungare l'età della vita attiva, vivere il meglio possibile, integrati al tessuto sociale della città ("*dare vita agli anni*").

Gli impegni, gli sforzi e i progetti da dedicare a questa fascia di età devono essere finalizzati al mantenimento e, qualora possibile, all'accrescimento della qualità della vita. L'obiettivo principale è mantenere il proprio grado di autonomia e vivere all'interno del tessuto sociale. Una piena appartenenza alla vita della città ne fa una leva di sviluppo per l'intera società.

L'anziano come "risorsa" è un approccio al problema demografico che va nella direzione opposta a quello assistenzialistico, impostato sulla reazione all'insorgenza dei problemi connessi all'invecchiamento (prima si lascia che l'anziano esca fuori dal tessuto socio-produttivo, perdendo possibili risorse, e in seguito si tenta di recuperarlo, spendendo ulteriori risorse).

La filosofia e la metodologia di molte organizzazioni che si occupano di anziani secondo questa impostazione⁸⁸ ribalta completamente questo punto di vista: l'intervento è di tipo preventivo e di conseguenza prima di tutto si fa in modo che chi si avvicina alla Terza Età non esca dal tessuto socio-produttivo e in secondo luogo si procede al mantenimento di tale appartenenza.

Le grandi potenzialità dei "giovani-anziani" (tempo, esperienza, motivazione, capacità) costituiscono un patrimonio prezioso che può essere meglio valorizzato e organizzato all'interno del welfare locale. Ne deriva un evidente risparmio delle risorse economiche, mediante la possibilità di impiegare grandi forze sociali senza alcun costo per la comunità.

⁸⁷ Questo capitolo sintetizza il documento elaborato dallo specifico Gruppo di lavoro. Cfr. Allegato 6.

⁸⁸ Si può citare l'esperienza dell'associazione "VitAttiva", che da anni collabora con il Comune in questo campo.

E.7.2 I bisogni sociali delle persone anziane

I bisogni sociali delle persone anziane sono ovviamente molto diversi, a seconda dell'età, delle condizioni di vita e di salute, delle possibilità economiche e culturali. In questa sede si presentano, in modo necessariamente schematico, i bisogni sociali degli anziani autosufficienti, quelli degli anziani "fragili" e non autosufficienti, quelli delle famiglie e dei care givers.

I bisogni sociali degli anziani autosufficienti.

I dati demografici sulle famiglie che vivono a Roma mettono in evidenza uno dei più importanti problemi di molte persone anziane: la *solitudine*. Quando le relazioni familiari, lavorative e sociali si diradano, è necessario, in primo luogo, non essere e non sentirsi soli. C'è bisogno di relazione autentica. Prima ancora dell'aiuto concreto nella vita quotidiana, che pure è necessario, per l'anziano è preminente l'aspetto dell'esserci, della prossimità.

La presenza di una persona che "prende a cuore" l'anziano (prima ancora di "prendersene cura"), sia essa un volontario o un professionista, diventa spesso l'elemento centrale dell'intervento di prevenzione e contrasto del disagio sociale. Anche servizi telefonici, ben strutturati, possono essere utili per non far sentire sola la persona anziana, che ha la possibilità di scambiare "quattro parole" con una voce amica.

La città è ricca di esperienze di "vicinato" in questo senso, promosse per lo più da volontari, singoli e organizzati. Si può citare, uno per tutti, il servizio della Caritas diocesana di Roma denominato "Aiuto alla persona".

Connesso strettamente alla condizione di solitudine, c'è il problema della *sicurezza* (oggettiva e percepita). È questo un problema con molteplici sfaccettature, che praticamente riguarda tutti gli anziani, in particolare quelli che vivono da soli: sicurezza in casa, con riguardo al rischio di incidenti domestici e all'utilizzo delle apparecchiature a gas; rischi di furti, rapine, truffe e raggiri, da parte di una criminalità che sembra si stia "specializzando" in questo tipo di reati; necessità di intervento rapido in caso di un'emergenza o di un problema di salute. Per far fronte a questi bisogni negli ultimi anni il Comune ha attivato diversi servizi, come i progetti "A casa sicuri", "Pronto nonno", "Tele-monitoraggio", Saver, ecc. (cfr. più avanti).

Molti anziani hanno *problemi di tipo economico*. Le risorse derivanti dalle pensioni (per lo più pensioni di reversibilità) in molti casi non risultano sufficienti per condurre una vita dignitosa. Se ne è già parlato, a proposito della povertà a Roma, che interessa anche molti anziani, soprattutto vedove che vivono della pensione di reversibilità. Al riguardo il Comune da anni ha adottato misure di sostegno economico per far fronte alle spese per la casa, le utenze, i trasporti e altre necessità, che risultano però insufficienti a rispondere alle numerose richieste della popolazione⁸⁹.

Molti anziani hanno bisogno spesso di un *aiuto "leggero"* per la mobilità, il disbrigo di pratiche, gli acquisti, accompagnamento a visite mediche. Ciò che per una persona nel pieno delle forze può sembrare di facile attuazione, per un anziano, anche se autosufficiente, può costituire un problema. In questo settore il volontariato è intervenuto in modo puntuale, mentre l'Amministrazione ha attivato una serie di servizi, in collaborazione con associazioni ed enti di volontariato⁹⁰.

⁸⁹ Si tratta, soprattutto dei contributi economici ai sensi delle Delibere C.C. 154/1997 e C.C. 163/1998, oltre ad agevolazioni per l'acquisto della tessera Metrebus. Cfr. più avanti.

⁹⁰ Ad esempio, i progetti promossi dalla Casa del Volontariato (*Nonna Roma, Pony della Solidarietà, ecc.*). Cfr. più avanti.

I bisogni degli anziani "fragili" e non autosufficienti.

I bisogni sociali si fanno più acuti per i quasi 300.000 over 75 che vivono a Roma, per i quali, presumendo una maggiore fragilità, si devono predisporre anche servizi di natura socio-sanitaria. Non a caso, circa l'80% degli assistiti nell'ambito dei servizi sociali promossi dal Comune di Roma ha più di 75 anni⁹¹. La classe con la maggiore concentrazione è quella da 80 a 84 anni, che comprende circa un quarto degli utenti. L'età media degli assistiti è di 81,3 anni. Gli utenti con meno di 70 anni sono invece solo poco più del 7%. Si tratta generalmente di utenti dalle scarse risorse economiche. Il valore medio del reddito familiare annuo dichiarato per il calcolo Isee (reddito complessivo Irpef) è pari 8.724,75 euro l'anno. Quasi la metà dei nuclei familiari si colloca fra i 5.000 e i 10.000 euro annui di reddito, il 20,8% fra i 10.000 e 15.000 euro. Solo il 15,1% delle famiglie che richiedono prestazioni sociali dichiarano più di 15.000 euro di reddito.

Anche se fortunatamente vi sono persone molto avanti con gli anni che godono di buona salute e sono ancora attive, tra i sempre più numerosi "grandi anziani" aumentano ovviamente le persone non autosufficienti e con malattie invalidanti come l'Alzheimer. Per loro c'è bisogno di cure appropriate e personalizzate, possibilmente a domicilio e nel proprio ambiente sociale. È questo l'obiettivo di diversi servizi, come l'assistenza domiciliare, le "dimissioni protette", i "Centri per anziani fragili". Quando la permanenza nella propria casa diventa impossibile o inopportuna, c'è necessità di una ospitalità in strutture adeguate: Case di riposo, Residenze Sanitarie Assistite, Hospices. In queste strutture, oltre che di buoni servizi sanitari, la persona anziana ha bisogno di attenzione e affetto. Per quanto possibile, deve essere assicurata la continuità assistenziale nella medesima struttura, pur nell'evolversi e nell'aggravarsi delle condizioni di salute. Quando le possibilità di miglioramento e controllo della malattia e della decadenza psico-fisica vengono meno, si accentuano le esigenze di "cura" della persona, assicurando il diritto di concludere la fase finale della propria vita con dignità, rispetto e calore umano.

Bisogni di sostegno delle famiglie e dei care givers.

In generale, le famiglie, quando possono, provvedono direttamente a soddisfare i bisogni di assistenza dei loro cari, utilizzando risorse interne alla famiglia stessa e la rete delle relazioni primarie e della comunità locale. Come abbiamo avuto già modo di vedere, sono soprattutto gli "anziani-giovani", i nonni, la grande risorsa della famiglia. Non solo sono di aiuto nella custodia, nel trasporto e nell'accudimento dei nipoti, ma si occupano a volte anche dei loro genitori non autosufficienti. Si tratta di un apporto fondamentale nel funzionamento del welfare familiare, il cui valore economico è impossibile da quantificare.

La famiglia dunque c'è e, come può, "risponde", cioè si assume le sue responsabilità. Ma fa fatica ed è sempre più in affanno, perché aumentano i bisogni e diminuiscono le forze. Il "dimagrimento" nell'ampiezza numerica delle famiglie romane, la loro instabilità, l'aumento medio dell'età, la crescita della presenza femminile nel mondo produttivo: tutti questi fattori costituiscono un "mix" di condizioni che rendono sempre più difficile immaginare che la famiglia possa continuare a far fronte da sola all'aumento dei bisogni sociali dei suoi componenti, in particolare delle persone anziane. E' su questo fronte che si misurerà il welfare locale nei prossimi anni.

Intanto le famiglie si son "date da fare" spontaneamente per trovare delle soluzioni, aiutate da una favorevole congiuntura internazionale, quella che ha permesso circa due milioni di famiglie italiane Italia di avvalersi del lavoro delle assistenti familiari. Questo è un universo in crescita, che non è facile quantificare, vista la rilevante componente sommersa legata anche all'intreccio con la condizione di molti immigrati irregolari. La domanda di servizi privati di supporto non è

⁹¹ Questi dati e quelli seguenti provengono dalla Relazione del MIPA (2009) e sono relativi all'applicazione dell'ISEE ai servizi di assistenza non residenziale e semiresidenziale rivolti agli anziani del Comune di Roma.

occasionale, dal momento che è iscritta in processi strutturali che dipendono dall'invecchiamento della popolazione e dal conseguente aumento di persone non autosufficienti, dalla crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro, dalle difficoltà di conciliare i tempi del lavoro con le responsabilità di cura; dalla ridotta presenza sul mercato sociale di servizi alla persona a costi accessibili alla maggior parte delle famiglie.

Secondo alcune stime, l'80% delle collaboratrici familiari è costituito da straniere e proviene nell'ordine da Romania, Ucraina, Albania e Filippine. Sarebbe di oltre 11 miliardi di euro la spesa complessiva delle famiglie italiane, per una retribuzione media mensile di circa 700 euro a collaboratrice familiare (anche se nel Centro-nord si arriva fino a 1000 euro). Le collaboratrici familiari non sono adibite solo al lavoro di cura. Molte svolgono le classiche mansioni da domestica, un'attività che non è stata del tutto abbandonata dalle donne italiane (come è accaduto invece per l'assistenza agli anziani).

Nella maggior parte dei casi la badante viene contattata attraverso la rete di parenti e conoscenti e solo in poco più del 10% dei casi si arriva a lei attraverso un'agenzia o un servizio messo a disposizione da enti pubblici⁹². Nel settore è molto diffusa l'evasione fiscale e contributiva, che assume spesso quello della denuncia di un numero di ore inferiore a quello effettivamente prestato. Le "badanti" sono dunque una componente rilevante del nostro sistema sociale. Il modello permette di raggiungere contemporaneamente, sia pure con notevoli problemi, tre risultati positivi: il mantenimento dell'anziano disabile nel contesto familiare, l'integrazione degli immigrati, l'occupazione femminile.

Si tratta però di una soluzione con dei risvolti negativi, insiti nella soluzione stessa. L'equilibrio che ha permesso di creare questo particolare mercato del lavoro delle immigrate potrebbe infatti rompersi presto. Le badanti in genere non sono professionalizzate e il fatto di aver potuto offrire servizi a costi ridotti probabilmente è transitorio, strettamente legato al carattere sommerso e privo di tutele di questo lavoro, tra l'altro particolarmente usurante.

Nei prossimi anni potrebbe non essere più così, per diverse ragioni, determinando quindi un problema per molte famiglie che fino ad oggi si sono potute permettere il servizio di un'assistente familiare proprio per i suoi limitati costi.

Un dato posto in evidenza da alcune ricerche condotte a livello locale mostra che a ricorrere al personale a pagamento non sono infatti soltanto le famiglie benestanti, ma anche il 18% circa delle famiglie disagiate. Il ricorso al lavoro domestico, dunque, si è esteso verso il basso della scala sociale. Del resto diversi monitoraggi sul territorio hanno mostrato che il servizio pubblico non è in grado di soddisfare l'intera domanda di assistenza, sicché per l'accudimento di anziani soprattutto non autosufficienti (o parzialmente autosufficienti) ha ormai acquisito piena legittimazione l'intervento di figure esterne alla famiglia.

E.7.3 I servizi e le prestazioni sociali per le persone anziane

In questa parte si presenta il quadro dei principali servizi sociali a sostegno delle persone anziane, promossi dall'Amministrazione comunale.

Centri anziani.

I Centri Anziani sono luoghi d'incontro che favoriscono le relazioni sociali. In città ve ne sono 145 con una media di 650 iscritti per Centro (quasi 100.000 iscritti in totale). I Centri, che funzionano con uno specifico Regolamento, sono coordinati a livello cittadino da un organo deno-

⁹² Per sostenere le famiglie che sono in qualche modo "costrette" a ricorrere ai servizi delle badanti, il Comune di Roma da alcuni anni ha avviato il progetto "Insieme si può" (cfr. più avanti).

minato "Coordinamento Cittadino", costituito da tutti i "Coordinamenti Municipali", istituiti in ciascun Municipio, cui fanno parte i Presidenti e i Vice Presidenti dei Comitati di Gestione di tutti i Centri Anziani. Il Coordinamento⁹³, in collaborazione con gli Uffici del Dipartimento per la Promozione di Servizi sociali e della Salute offre consulenza per gli iscritti e gli organi di gestione dei Centri, elabora progetti destinati ai Centri, collabora nella realizzazione di eventi a favore dei Centri Anziani.

*Soggiorni d'argento*⁹⁴.

L'Amministrazione Comunale ha ampliato l'offerta di possibilità turistiche e di svago per le persone pensionate ultrasessantenni (soggiorni di 7 o 14 giorni da maggio a settembre e di 5 giorni a Capodanno e a Pasqua), offrendo loro condizioni di particolare accessibilità sia in relazione alle destinazioni sia in relazione all'offerta economica con riduzioni dal 30% al 50%.

Il servizio organizza periodi di vacanza e/o itinerari turistici e culturali a livello nazionale e internazionale per la popolazione anziana del Comune di Roma, favorendo in tal modo non solo lo sviluppo di relazioni e di socializzazione ma anche occasioni di ampliamento culturale e sociale degli utenti interessati. Per facilitare la partecipazione ai soggiorni degli ultrasessantenni autosufficienti e parzialmente auto-sufficienti, possono partecipare alle medesime condizioni anche figure plurigenerazionali parentali e non, fino ad un massimo di cinque unità per anziano. Nel 2008 le domande di partecipazione ai soggiorni di vacanza sono state 1.573. Tuttavia, per la limitatezza delle risorse, è stato possibile accogliere solo poco più della metà delle richieste (863).

Oasi Estive.

Si tratta di un progetto rivolto ai cittadini over 60, residenti a Roma, autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Sono soggiorni diurni di 6 giorni, sviluppati in periodi settimanali o quindicinali. Gli anziani possono prenotare un periodo di vacanza tra le Oasi di Ostia, Maccarese, Terme di Tivoli, Terme di Cretone, Oasi cittadina del Pineto. Il trasporto alle Oasi mediante pullman messi a disposizione dal Comune è gratuito, mentre i pasti sono a carico dell'utente. Nel 2008 sono stati organizzati 19 tra "Punti Verdi" e "Punti Blu", di cui 6 nel solo Municipio I.

"Un amico per la Città", "Nonna Roma" e "Pony della Solidarietà".

Si tratta di tre iniziative gestite dalla "Casa del Volontariato". "Un amico per la città" è un progetto che vede impegnati centinaia di anziani in un servizio di volontariato organizzato, svolto principalmente davanti alle scuole o in altri luoghi (parchi, giardini pubblici, ludoteche, ecc.), al fine di assicurare protezione e sicurezza soprattutto ai bambini e ai ragazzi. "Nonna Roma" mette a disposizione servizi di trasporto gratuito per visite mediche, terapie, visite al cimitero. Il "Pony della solidarietà" organizza invece interventi di assistenza domiciliare "leggera" (compagnia e piccole commissioni quotidiane). Entrambi si rivolgono ad anziani con più di 65 anni.

Agevolazioni per l'acquisto della tessera Metrebus.

Roma Capitale prevede agevolazioni sull'acquisto della tessera Metrebus a cittadini anziani oltre i 65 anni, residenti a Roma, titolari di pensione INPS e in possesso di "Roma Card". La tessera è valida all'interno del Comune di Roma su bus, tram, filobus e sulle metro A e B; e sul percorso urbano dei bus Cotral; treni regionali Met.Ro e treni regionali Trenitalia (2^a cl). Per i cittadini che abbiano compiuto 70 anni la tessera è gratuita.

Servizio di Aiuto ad Anziani Vittime di Violenza e Reati (SAVeR).

Si tratta di uno sportello di orientamento e di aiuto legale e psicologico per gli anziani vittime di violenze o altri reati. Un Call Center riceve le segnalazioni telefoniche, che sono raccolte da volontari. Il Servizio si avvale di una équipe composta da avvocati, psicologi, psicoterapeuti, assi-

⁹³ Per informazioni: tel. 06 5579717.

⁹⁴ Per informazioni: tel. 06.5924974 e www.soggiorniargento.it

stenti sociali, medici geriatri e infermieri. Offre ascolto e sostegno psicologico, inserimento in attività ludico-aggregative, assistenza medica e psicologica, disbrigo di pratiche di natura medica, accompagnamento per l'acquisto di medicinali o generi alimentari, assistenza nella richiesta di duplicazione dei documenti, assistenza legale alla presentazione della denuncia di reato; suggerimenti per misure di tutela preventive; supporto alla risoluzione di difficoltà pratiche quali la sistemazione dell'abitazione; riparazione gratuita dei danni subiti nell'abitazione; piccoli prestiti in caso di bisogno per le spese di prima necessità.

"Pronto Nonno".

È un servizio telefonico (call center 24h - numero verde 800147741) dedicato a tutte le persone over-65. Offre informazioni di varia natura: sui servizi di aiuto, sulle iniziative ricreative, sugli sconti riservati agli anziani nei teatri, sui servizi medici, sulle agevolazioni per il trasporto pubblico, su come fronteggiare situazioni critiche in inverno o in estate.

Nato per rispondere proprio a quest'ultima esigenza, si è poi trasformato in un servizio costante di aiuto alle persone anziane, in particolare di quelle in difficoltà. "Pronto Nonno", che opera in rete con strutture di volontariato e del terzo settore, si propone di centralizzare la raccolta delle informazioni da distribuire su richiesta ai cittadini anziani, tramite operatori telefonici.

L'anziano ha così l'opportunità di parlare con un operatore e, in caso di malessere fisico, può essere messo in collegamento diretto con il personale sanitario, che valuta la situazione e le modalità di intervento più opportune.

"Telecompagnia" e "Telemonitoraggio".

Il primo è un servizio telefonico, con operatori che effettuano chiamate periodiche all'anziano, finalizzate sia alla semplice "compagnia", sia al controllo delle condizioni di salute, in particolar modo per le persone che vivono sole. Il secondo è un servizio che assegna all'anziano assistito un apparecchio elettronico, in grado di misurare la pressione e il battito cardiaco, collegato alla centrale operativa del Pronto Intervento, che può intervenire tempestivamente in caso di male.

"A casa sicuri".

È un progetto rivolto agli anziani per la messa in sicurezza dell'ambiente domestico, rispetto ai rischi connessi al consumo del gas (Delibera G.C. 672/2005, modificata dalla Delibera G.C. 468/07). Requisiti indispensabili per poter usufruire dei contributi sono un'età superiore ai 65 anni e un reddito ISEE non superiore a 16.000 euro. Il progetto prevede l'erogazione di contributi economici per la manutenzione ordinaria della caldaia autonoma a gas, per la sua sostituzione o per altri interventi di messa in sicurezza.

Il progetto "Insieme si può"

Si tratta di un intervento rivolto ad anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, alle loro famiglie e ad assistenti familiari. Per avere supporto nella ricerca di un assistente familiare e usufruire del servizio informativo è sufficiente una richiesta telefonica⁹⁵. Il progetto offre alle famiglie interventi di sostegno economico a favore dell'anziano per un periodo di dodici mesi, quale parziale contributo per la retribuzione dell'assistente familiare. Inoltre organizza corsi gratuiti di formazione per assistenti familiari sulle problematiche dell'assistenza alle persone anziane. Le persone formate sono inserite nel *Registro Cittadino degli Assistenti Familiari per Anziani*. L'iscrizione al Registro può essere richiesta da persone disponibili a lavorare con gli anziani, con età superiore ai 18 anni e che abbiano assolto l'obbligo scolastico, con una conoscenza di base della lingua italiana e con permesso di soggiorno per motivi di lavoro se stranieri, che abbiano frequentato un corso nell'area dell'assistenza alla persona o possiedano una qualifica professionale attinente. In particolare, il progetto offre i seguenti servizi:

⁹⁵ Il Call Center del progetto è attivo dal lunedì al giovedì dalle 8,30 alle 17,30 e il venerdì dalle 8,30 alle 14,00 ai numeri telefonici: 06 44341246; 06 44340710.

- sportello di informazione sugli adempimenti connessi all'assunzione di assistenti familiari;
- corsi di formazione gratuiti per gli assistenti familiari;
- possibilità di usufruire di sostituzioni gratuite nelle ore in cui l'assistente familiare è impegnato nel corso di formazione;
- aiuto alle famiglie nella ricerca di personale qualificato, nell'ambito del Registro Cittadino;
- contributi economici in favore delle persone anziane non autosufficienti che hanno assunto un assistente familiare.

Assistenza domiciliare S.A.I.S.A.

Si tratta di un servizio di assistenza domiciliare da parte di operatori qualificati, costituito da un complesso di prestazioni di natura socio-assistenziale (non infermieristica) rivolto a persone anziane in situazione di disagio, di parziale o totale non autosufficienza e/o a rischio di emarginazione. È stato avviato con Delibera della Giunta Comunale 1028/96. Si pone come obiettivo il miglioramento della qualità di vita delle persone anziane presso il proprio domicilio. I destinatari sono anziani parzialmente autosufficienti con età di almeno 65 anni per gli uomini e di 60 anni per le donne, con bassi livelli di reddito⁹⁶. Nel caso di superamento del livello di reddito si può accogliere la domanda temporaneamente e con motivazione. In alcuni casi è previsto il cofinanziamento dei costi del servizio da parte dell'utente⁹⁷. Nel 2009 l'assistenza è stata erogata a 3.906 anziani, di cui 901 hanno contribuito ai costi del servizio, sulla base della propria condizione economica, definita nell'ISEE⁹⁸. Quasi altrettanti anziani (3.783) risultavano in lista d'attesa. Tale numero non riflette però i bisogni effettivi: molti cittadini rinunciano a presentare la domanda se hanno elementi per ritenere che non vi siano probabilità che questa sia accolta. Come già indicato sopra, il processo di riorganizzazione del servizio sarà attuato nell'ambito della citata riforma dell'accreditamento.

Centri Alzheimer e assistenza domiciliare Alzheimer

I primi sono servizi a carattere semiresidenziale per anziani con il morbo di Alzheimer, a livello intermedio tra il servizio di assistenza domiciliare e il ricovero in strutture residenziali. Nel 2008 nei Centri Alzheimer sono stati inseriti 402 gli utenti. L'assistenza domiciliare Alzheimer è un servizio a favore di anziani affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente o totalmente non autosufficienti, aventi necessità di assistenza continuativa. Il servizio consiste in assistenza infermieristica (effettuazione di prelievi per analisi di laboratorio a domicilio, medicazioni, terapia iniettiva), in visite specialistiche e in prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico.

Centri diurni per anziani fragili.

I Centri diurni per anziani fragili sono strutture semiresidenziali finalizzate all'assistenza e alla socializzazione di persone anziane che presentano ridotte capacità di autonomia e le cui condizioni psicofisiche, se non adeguatamente sostenute, rischiano di evolvere verso un'accelerata perdita totale dell'autonomia residua. I requisiti di accesso sono: residenza nel territorio del Municipio, età min 60 anni (donne) o 65 anni (uomini), fragilità sanitaria o socio-ambientale. A Roma vi sono 31 Centri, che possono accogliere fino a 827 persone. In alcuni Municipi vi sono situazioni di sovraffollamento: infatti, il totale degli utenti è di 1.079 unità (252 unità in più ri-

⁹⁶ Livello di reddito: 723,04 € se soli, 877,98 € se inseriti in un nucleo familiare di due componenti (25,82 € in più per ogni persona facente parte del nucleo). Se il richiedente usufruisce di assegno di accompagnamento il tetto del reddito è di 826,33 € se solo e 981,27 € se appartenente a un nucleo familiare di due persone.

⁹⁷ Delibera di Giunta comunale n. 479/2006, che prevede il c.d. "pacchetto di servizi" in cui sono definite la quantità e l'intensità degli interventi assistenziali.

⁹⁸ Indicatore della situazione economica equivalente, è uno strumento che permette di misurare la condizione economica delle famiglie nella Repubblica Italiana. È un indicatore che tiene conto di reddito, patrimonio (mobiliare e immobiliare) e delle caratteristiche di un nucleo familiare (per numerosità e tipologia).

spetto alla capienza). Si tratta di utenti che, per la maggior parte (792), non usufruiscono dell'assistenza S.A.I.S.A.

Dimissioni protette.

Le "dimissioni protette" sono interventi integrati di tipo socio sanitario per pazienti, principalmente anziani, in fase di dimissione dalle strutture ospedaliere. Le prestazioni, che hanno una durata limitata nel tempo, comprendono: cura della persona e dell'ambiente, sostegno e attivazione rete di aiuto, prestazioni di tipo sanitario, accompagnamento disbrigo di pratiche, somministrazione pasti.

La dimissione protetta è un meccanismo di tutela della persona "fragile" e della famiglia di provenienza, volto a favorire il percorso di riattivazione e reinserimento sociale seguente un ricovero; è rivolto alle persone anziane che, nonostante la stabilizzazione del quadro clinico, siano a rischio di nuove ospedalizzazioni, presentino condizioni socio-economiche precarie, siano prive di un adeguato supporto da parte della rete sociale di appartenenza. Durante la degenza in ospedale, qualora venga riscontrato un disagio, gli operatori della struttura attivano una segnalazione alla Unità di Valutazione socio sanitaria territoriale, che effettuerà la valutazione. Nel servizio sono coinvolti previa la sigla di un Protocollo di Intesa gli attori dell'assistenza territoriale, come il Servizio Sociale Municipale, il CAD ed i Medici di Medicina Generale. Le Dimissioni Protette nel 2008 sono state 845.

Contributo anziani.

Il servizio, avviato con Delibera del Consiglio Comunale 154/1997, eroga contributi economici agli anziani in difficoltà. Il tetto reddituale mensile non deve essere superiore a 438,99 euro per la persona sola, aumentabile a 516,46 euro se l'utente paga un canone di locazione superiore a 103,29 euro e 671,39 euro se il nucleo familiare è composto da più di una persona. Nel 2009 sono stati erogati oltre 3.000 contributi.

Case di riposo.

Le Case di riposo sono strutture riservate ad anziani autosufficienti che per vari motivi non possono più vivere a casa loro. La spesa a carico dell'utente nelle Case di riposo comunali è del 70% in rapporto al reddito percepito dall'ospite accolto. Per le case di riposo private è previsto un contributo al pagamento della retta giornaliera. La spesa a carico dell'utente è definita dal Municipio di residenza, in una percentuale in rapporto al reddito percepito. Tutto il sistema delle case di riposo è oggetto di ampia riforma tesa all'efficientamento delle risorse destinate a questa voce ed alla modernizzazione del servizio, troppo ancorata ad una visione assistenzialista dell'accoglienza.

Residenze Socio-sanitarie Assistite (RSA)

Sono previsti contributi integrativi per il pagamento della retta giornaliera per l'accoglienza residenziale in strutture socio-sanitarie integrate di persone anziane a basso reddito che non hanno titolo ad essere ricoverate in strutture totalmente sanitarie, né possono essere accolte in Case di Riposo, in quanto presentano particolari patologie.

E.7.4 I punti di forza e buone prassi

Anche solo dal sommario elenco riportato sopra, si può intuire come a Roma vi siano molti e differenti servizi e opportunità sociali per le persone anziane. La città non è rimasta a guardare. E non si tratta solo dei servizi sociali delle Istituzioni. La cooperazione sociale, il volontariato, le associazioni, i comitati, i patronati, le parrocchie, le congregazioni religiose, gli Enti di beneficenza di altre confessioni religiose, le Fondazioni, le IPAB: sono molteplici le organizzazioni che hanno attivato in città servizi e iniziative che vanno incontro ai bisogni delle persone anziane. Un'eventuale ricerca approfondita su tutto ciò metterebbe in luce ancor più nitidamente la

numerosità e la validità di tanti interventi di tipo economico, di welfare leggero, di assistenza domiciliare, di tipo residenziale e semi-residenziale.

Non si può fare una graduatoria su quali di questi servizi siano più utili ed efficaci. Si ritiene utile però segnalare qualche buona prassi, che possa servire da stimolo per il welfare cittadino ed eventualmente possa essere diffusa anche in altri contesti. Si è già accennato ad interventi e programmi innovativi, come "Pronto nonno" o "Nonna Roma". Si illustra ora brevemente qualche altra iniziativa.

Appartamenti autogestiti

Nel marzo 1996 ha preso avvio il "Progetto Insieme", un programma di reinserimento per persone senza fissa dimora con problematiche psichiatriche, finanziato dalla Comunità europea. Da questa esperienza sono nati 3 appartamenti autogestiti, situati in un condominio in zona Prenestina. Nel tempo, il progetto si è trasformato, ma gli appartamenti sono rimasti e attualmente ospitano complessivamente 13 persone. Si tratta di anziani svantaggiati economicamente e socialmente, ma con un buon grado di autonomia, capaci di relazionarsi positivamente all'interno dell'appartamento e di valorizzare le proprie risorse personali in un clima di collaborazione.

Finora i risultati sono stati positivi: la conflittualità interna è minima e la convivenza viene vissuta come un vantaggio per tutti. Ciò consente una supervisione leggera da parte di un operatore esterno che periodicamente visita la struttura e si relaziona con gli ospiti in base al progetto individuale, favorendo l'autonomia e l'iniziativa di ciascuno. Il successo del progetto è determinato anche dal fatto che le persone selezionate per gli appartamenti autogestiti hanno compiuto precedentemente un percorso in altre strutture di accoglienza della Caritas diocesana, durante il quale hanno avuto l'opportunità di essere seguite e accompagnate dagli operatori.

Una rete territoriale

Il Servizio Sociale di un Municipio, nel mese di novembre del 2009, ha promosso alcuni incontri con i rappresentanti delle strutture residenziali per anziani. L'obiettivo era ricercare un dialogo tra strutture e servizio sociale, al fine di migliorare l'offerta dei servizi sul territorio mediante un lavoro in rete con la comunità territoriale (famiglie e organizzazioni di volontariato).

Si temeva una scarsa partecipazione, visto che nei mesi precedenti il Municipio aveva adottato decisioni sanzionatorie nei confronti delle strutture non in regola con la Legge Regionale 41/2003. Invece la partecipazione è stata ampia. Nell'ultimo incontro hanno partecipato 21 strutture, che rappresentano una buona parte dei servizi per anziani presenti sul territorio.

I temi al centro della discussione sono stati: la formazione degli operatori, i costi delle strutture per la ricerca degli operatori socio sanitari, il difficile reperimento di queste figure professionali, la possibilità di chiedere alla Regione una proroga ai tempi di scadenza dati dalla Legge Regionale 41/2003, le difficoltà delle piccole comunità alloggio per ottenere un buon equilibrio di gestione nel rispetto della normativa.

Alcune strutture si sono fermate a riflettere su come affrontare la scadenza legislativa per la messa a norma del servizio. Già dal secondo incontro alcune strutture annunciavano di aver assunto psicologi in condivisione con altre, con cui avevano preso contatto nei precedenti incontri. Questa esperienza ha dimostrato come quando il Servizio Sociale municipale si apre al territorio, ponendosi al fianco degli operatori, questo rafforzi, stimoli, l'integrazione, la collaborazione e la co-progettualità di tutti.

I Centri di ascolto per anziani della Caritas⁹⁹

Su oltre 90.000 utenti, italiani e stranieri, che si sono rivolti ai centri di ascolto Caritas tra il 1999 e il 2008, gli over-65 sono soltanto 775, pari cioè allo 0,9%. Molto pochi, ma in costante aumento: si va dai 79 utenti del 1999-2000 (0,3%) ai 204 del 2007-2008 (1,6%).

⁹⁹ I dati riguardano l'attività svolta dai centri di ascolto della Caritas di Roma dal 1999 al 2008.

Osservando il trend degli *utenti italiani*, si rileva che, a fronte di un consistente aumento degli over-65 in termini assoluti, la loro incidenza percentuale sul totale degli utenti è pressoché la stessa. Si passa da 37 utenti nel 1999-2000 su un totale di 473 (7,8%) a 129 su 1.589 nel 2007-2008 (8,1%). Gli stranieri anziani sono invece molto pochi, anche se in aumento percentuale (in 10 anni passano dallo 0,2% allo 0,7%). Si accennerà qui pertanto solo agli utenti italiani.

Questi sono stati distinti in tre fasce di età decennali: 66-75, 76-85 e 86 e oltre. In tutte e tre queste fasce di età tra il 1999 e il 2008 si è registrato un incremento costante dell'utenza. Tra questi anziani non ci sono soltanto gli "itineranti" (che tra l'altro sono diminuiti passando dal 23,1% del 1999 al 2,6% del 2008) o gli ospiti dei centri di accoglienza.

Aumentano sempre più, infatti, utenti che non appaiono in condizione di esclusione sociale. In particolare, gli anziani con casa di proprietà che si sono rivolti ad un centro di ascolto Caritas sono passati dal 3,8% del 1999 al 17,9% del 2008. Numerosi sono anche gli anziani titolari di pensioni di vecchiaia o pensioni sociali in difficoltà con il pagamento dell'affitto e che si rivolgono ai centri di ascolto per ricevere un aiuto economico o alimentare.

Un altro dato emergente, che rappresenta una novità rispetto al profilo dell'utenza tradizionale di questi servizi, è dato dal fatto che non sono più soltanto le persone sole a trovarsi in difficoltà, ma anche le coppie di anziani. Infatti i celibi e le nubili sono passati dal 32,1% nel 1999 al 20,7 del 2008, mentre i coniugati si sono più che triplicati, passando nello stesso periodo dal 7% al 22%.

Aumenta la percentuali di vedovi e vedove che ha superato il 29% nel 2008. I bisogni espressi da questa utenza riguardano soprattutto la casa (30,8%) e l'aiuto alimentare (31%). Tra i bisogni sanitari prevale la necessità di farmaci.

La validità di questo servizio è relativa soprattutto alla sua capacità di intercettare in modo capillare molti utenti che - perlomeno nella fase iniziale - non si rivolgono ai servizi sociali comunali. In questo senso, si rivela preziosa la collaborazione tra il volontariato e le istituzioni, in un'ottica di sussidiarietà e di integrazione.

Social Bus

Il *Socialbus* nasce dall'esigenza di molti anziani di avere una persona che li accompagni alle frequenti visite mediche, ed anche un mezzo idoneo di cui poter usufruire per recarvisi. A tal fine, un comitato di beneficenza del II Municipio ha provveduto alla raccolta dei fondi destinati all'acquisto di un automezzo necessario per il trasporto degli anziani. Il pulmino rappresenta una risorsa aggiuntiva a quella già radicata nel territorio romano del servizio "Nonna Roma" che, essendo a disposizione dei cittadini anziani dell'intero Comune, richiede lunghi tempi di attesa.

I destinatari del servizio sono gli anziani del II Municipio in condizioni di fragilità, parzialmente autosufficienti o ai limiti della parziale autonomia, segnalati dai servizi territoriali e/o dalle associazioni di volontariato che operano sul territorio. I cittadini anziani possono accedere al servizio in maniera autonoma o attraverso la segnalazione di un familiare.

È in funzione infatti un Call Center (tel. 06.8540928) che, nell'orario in cui non è presente l'operatore, attiva una segreteria telefonica. I cittadini che lasciano registrate le loro richieste sono richiamati per concordare il servizio entro le successive 24 ore feriali. Nella raccolta delle richieste si presta attenzione ad ottimizzare il servizio di trasporto: nel caso in cui più anziani si debbano recare lo stesso giorno in orari compatibili presso lo stesso presidio, si organizzano accompagnamenti di gruppo.

E.7.5 Criticità

Compartecipazione alla spesa sociale alberghiera delle RSA ai sensi della DGR 98/2007

Negli ultimi anni il sistema Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nella Regione Lazio ha evidenziato criticità che hanno portato ad un aggravio di costi per gli Enti Locali, a cui compete la

compartecipazione alla spesa sociale alberghiera ai sensi della DGR 98/2007 (in particolare per Roma Capitale, che assicura oltre il 50% delle esigenze dei cittadini del Lazio).

L'aumento delle tariffe per RSA, decorse dal 1.05.2007 e dal 1.05.2008, ha determinato un aumento della tariffa media comunale da circa 26 euro a circa 58 euro pro-capite e prodie (importo peraltro non concordato con gli Enti Locali).

La definitiva entrata in vigore della DGR 173/2007 (che completa la DGR 98/2007) ha comportato una nuova ripartizione degli oneri della diaria giornaliera, determinando in tal modo un ulteriore aggravio degli oneri a carico di Roma Capitale (50% della quota a carico del fondo sanitario regionale e il restante 50% a carico dell'utente; a quest'ultima quota concorre il contributo dell'Ente locale, che può arrivare fino a 1.800 euro mensili pro-capite per gli utenti in possesso di reddito annuale ISEE non superiore a 13 mila euro).

In aggiunta, la Regione dal 2007 riconosce agli Enti locali solo l'80% di quanto speso, aggravando il range tra importi necessari e quelli disponibili.

Un altro problema riguarda i tempi dei trasferimenti dei fondi dalla Regione a Roma Capitale, che attualmente si attesta sui 24/36 mesi.

Le misure sopra ricordate (aumento delle tariffe RSA, aumento della compartecipazione comunale e copertura regionale parziale della spesa comunale) hanno portato la spesa di Roma Capitale da 6.500.000 euro nel 2006 a 28.000.000 euro nel 2009 (sulla differenza l'aumento dell'utenza incide solo per il 25%). Per far fronte a questa situazione, in passato il Comune di Roma ha dovuto prevedere debiti fuori bilancio per decine di milioni di euro.

L'Amministrazione Capitolina su questo tema, è decisa ad aprire un importante tavolo di confronto con la Regione per determinare quantomeno dei meccanismi di condivisione nelle aperture di nuove RSA, visto poi che questa soluzione rappresenta una delle "vie di uscita" proposte dalla Regione sul Piano di riassetto relativo al contenimento del debito sanitario.

Un'ulteriore criticità riguarda il tema della lungodegenze. I Decreti Presidenziali del Commissario ad Acta nn. U0041/09 e U0056/2009 (che fanno riferimento ai DPCM del 2001 relativi all'integrazione socio sanitaria), parte integrante del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale ex DGR 149/2007, hanno determinato l'equiparazione delle prestazioni di lungodegenza medica post-acuzie alle RSA dopo un determinato periodo di tempo, trasferendo il 50% della quota a carico dell'utente. Di fatto, i pazienti lungodegenti ospitati nella ASL o in strutture appunto di lungodegenza, dapprima a totale carico del SSR, vengono fatti partecipare alle spese mediche dopo il 61° giorno di assistenza.

Una criticità analoga riguarda il settore delle riabilitazioni. Il DPCA 95/2009, ottemperando anche qui al disposto del DPCM 14.2.2001, stabilisce la quota di compartecipazione a carico dell'utente o del Comune di residenza (30%) per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento in regime residenziale e semiresidenziale.

Case di riposo comunali

Nel quadro dell'offerta dei servizi dedicati agli anziani, l'Amministrazione capitolina gestisce 5 Case di riposo che ospitano complessivamente 246 persone, di cui 185 (76%) sono autosufficienti e 61 (24%) hanno una qualche limitazione dell'autonomia. I motivi che hanno determinato gli anziani a richiedere un inserimento in casa di riposo sono relativi a problemi alloggiativi, economici o relazionali.

Tabella E.13 Persone anziane ospitate nelle Case di riposo comunali (2010)

Casa di riposo	Indirizzo	Totale anziani	N° anziani auto-sufficienti	N° anziani parz. auto-sufficienti	N° Centri Alzheimer/Parkinson
Roma 1	Via Parco di Veio	43	31	12	2
Roma 2	Via Casal Boccone	79	60	19	1
Roma 3	Via Pineta Sacchetti	67	56	11	1
Bruno Buoizzi	Via Torre Spaccata	21	21	0	1
C. Vittoria	Via Portuense	36	17	19	1
Totale		246	185	61	6

Fonte: Dipartimento Politiche sociali, U.O. Terza età e Case di riposo

Questa tipologia di struttura è stata, in passato, considerata come naturalmente rispondente alla domanda di assistenza delle persone anziane ed esprime una cultura dei servizi socio assistenziali centrata proprio sull'istituzionalizzazione. A partire dalla fine degli anni '80 la normativa sia regionale che comunale ha recepito nuovi orientamenti nella programmazione dei servizi agli anziani, introducendo modelli residenziali più conformi alla valorizzazione delle risorse individuali e alla personalizzazione delle offerte assistenziali.

Le leggi regionali 38/1996 e 41/2003 e la Deliberazione del Consiglio Comunale 152/97, prevedono, nell'offerta dei servizi residenziali, la realizzazione di strutture di piccole dimensioni, a carattere familiare, dove è possibile, grazie al numero limitato di ospiti, privilegiare le esigenze del singolo nell'organizzazione e nello svolgimento della vita quotidiana.

Questi nuovi modelli consentono di migliorare la qualità dei servizi offerti perché più rispondenti allo stile di vita di ogni anziano e meno standardizzati. Sono anche economicamente più sostenibili grazie alle dimensioni ridotte e alla possibilità di autogestirsi degli anziani per le attività quotidiane che possono svolgere.

Il sistema residenziale che è attualmente gestito dall'Amministrazione capitolina presenta numerose criticità:

- le condizioni strutturali delle Case di riposo risultano essere piuttosto deteriorate tanto da richiedere, improrogabilmente, onerosi lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria per consentire l'adeguamento alla normativa vigente. Alcuni sono edifici di proprietà dell'Amministrazione capitolina, altri sono in affitto.
- il contratto di locazione della Casa di riposo Casal Boccone¹⁰⁰, ha comportato, negli anni, un onere improponibile e incongruo per l'Amministrazione, dato il costo molto elevato (1.600.000 euro l'anno).
- la gestione ordinaria complessiva di queste strutture ha costi molto elevati, che determinano complessivamente un costo medio pro capite pari a circa 4.000 euro mensili.
- ci sono in lista d'attesa 274 anziani e i tempi di presa in carico sono molto lunghi.

Per questi motivi l'Amministrazione capitolina vuole avviare un processo di cambiamento nel sistema dei servizi residenziali. Per ottimizzare le risorse economiche disponibili e migliorare la qualità dell'offerta intende realizzare nuovi modelli residenziali, alternativi alla Casa di riposo, come indicato dalla normativa vigente.

¹⁰⁰ La Giunta Capitolina, con deliberazione n. 103 del 6 aprile 2011, ha autorizzato l'avvio del programma di dismissione della Casa di riposo "Roma 2" e approvato gli interventi assistenziali alternativi a favore degli ospiti della Casa di riposo medesima.

Le soluzioni alloggiative che si intende promuovere rispondono alle esigenze abitative sia di anziani autosufficienti in grado di gestire le attività della vita quotidiana, sia di anziani con necessità di aiuto che possano mantenere la propria autonomia residua in un ambiente familiare. Contemporaneamente saranno promossi interventi diretti a favorire e avviare un percorso di deistituzionalizzazione degli anziani che scelgono di tornare presso il proprio domicilio o presso familiari.

Le condizioni strutturali delle Case di riposo richiedono, per la permanenza degli anziani in questi edifici secondo quanto prevede la normativa, lavori di ristrutturazione urgenti per garantire la sicurezza e il comfort. Lavori che è sempre più difficile garantire.

E.7.6 Misure operative

Come si può notare dalle pagine precedenti, la città di Roma non è priva di servizi di cui essere consapevolmente soddisfatti. A questi il nuovo Piano Regolatore Sociale deve assicurare stabilità e continuità. Ma la numerosità e la qualità dei singoli interventi non basta: ciò che manca ancora è un vero e proprio "sistema" integrato di opportunità, equamente distribuito sull'intero territorio romano. La scarsa sistematicità non è l'unico problema. Si registrano anche bisogni sociali ai quali non si riesce ancora a dare adeguate risposte. Alcuni di questi bisogni sono noti da tempo, altri esprimono forme di disagio nuove, che esigono di essere affrontate in modo tempestivo per prevenire il peggioramento della situazione.

Di seguito, si presentano alcune misure da adottare nell'ambito del nuovo Piano per migliorare il sistema dei servizi e degli interventi sociali per la popolazione anziana.

Adeguamento normativo delle strutture residenziali

La Legge Regionale 41/2003 prevede che le Case di riposo e le Comunità alloggio possano ospitare solo persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Tali strutture sono per la maggior parte private. Le persone vi possono accedere liberamente con un contratto privato. Molte sono convenzionate ed accolgono persone con retta a parziale carico del Comune. Presso tali strutture si rileva la presenza quasi totale di "grandi anziani", con più di 90 anni, bisognosi di assistenza, la cui condizione sanitaria è al limite della compatibilità con tali ambienti. Il costo per l'utente e per la famiglia è alto: da 1.000 a 2.000 euro. Il contributo economico del Comune è erogato relativamente a pochi utenti, rispetto al numero complessivo di anziani presenti nelle strutture. La retta a carico del Comune non è infatti più adeguata né al limite di reddito previsto per l'accesso alla domanda, né alla quota limite fissata per l'integrazione della retta, dato il costo elevato della retta offerto dalle società che gestiscono le strutture. Se ne può dedurre che il "mercato" relativo ai servizi assistenziali a ciclo residenziale per gli anziani ha trovato un equilibrio tra domanda e offerta solo tra famiglie benestanti.

Anche questo equilibrio in futuro potrebbe essere turbato, a causa dell'applicazione della L. R. 41/2003 che regola l'apertura e il funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali¹⁰¹. Le strutture hanno avuto 5 anni per l'adeguamento ai requisiti stabiliti dalla legge, ma nella maggior parte dei casi tale adempimento normativo non è stato rispettato, nonostante le numerose sollecitazioni da parte della Amministrazione Comunale, delle ASL e della Pubblica Sicurezza. I ritardi non sempre dipendono dalla volontà dei gestori delle strutture, ma a volte da lentezze burocratiche della Pubblica Amministrazione.

Un ulteriore ostacolo alla regolarizzazione è costituito dalla difficoltà di reperire personale qualificato con specifica formazione, mentre sono insufficienti o molto onerosi i corsi di formazione

¹⁰¹ Cfr. anche Deliberazione G.R. 1305/2004 "Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'art. 11 della L.R. n. 41/2003" e Regolamento Regionale n. 2 del 18/1/2005 "Regolamento di attuazione dell'art. 2 della L.R. n. 41/2003 "Modalità e procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali".

in questo campo. Una maggiore integrazione tra l'Ente locale, le Università e gli Organismi gestori dei servizi potrebbe migliorare questa situazione.

Da tutto ciò deriva un senso di precarietà, un prolungarsi dell'incertezza normativa e una mancata soluzione a carenze qualitative del servizio, che si riversano negativamente sulla vita degli ospiti, a volte in condizioni di sovraffollamento, in condizioni igienico-sanitarie precarie, assistite da personale senza titolo professionale specifico e talvolta senza alcun tipo di formazione.

La scadenza, già prorogata a febbraio 2010, è ulteriormente slittata di un anno (art. 10 della L.R. n. 32 del 24/12/2009). Recentemente, con Deliberazione n. 17 del 21.1.2011, La Giunta regionale del Lazio ha definito i requisiti in deroga a quelli previsti dalla DGR 1305/2004 per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani. La nuova DGR derogatori, oltre ad introdurre requisiti più favorevoli alle Strutture, pone un lasso di tempo di ulteriori 5 anni per l'adeguamento ai nuovi requisiti.

Accesso alle RSA.

Le RSA funzionanti sul territorio romano sono gravemente insufficienti: presso i CAD nei Distretti Sanitari delle ASL romane ci sono liste di attesa fino a 5 anni. Lo squilibrio tra domanda e offerta produce anche un aumento dei costi, che risultano molto alti, sia per la stessa utenza e i loro familiari, sia per i bilanci comunali e sanitari. In caso di urgenza si sottopone dunque l'anziano a penose migrazioni fuori del territorio comunale, provinciale, talvolta regionale, con tutti i problemi pratici e psicologici che è facile immaginare.

Si pone inoltre un altro problema riferito al difficile inserimento in RSA di persone anziane in gravi condizioni di disagio sociale, in carico ai centri di accoglienza del Terzo settore. Nonostante la valutazione positiva del CAD per l'inserimento in RSA, la condizione per cui un parente debba farsi carico di seguire la persona assistita, riduce, quando non azzerava del tutto, le possibilità dell'anziano di essere accolto in RSA. Per superare questo problema, è necessario promuovere il ricorso alla figura dell'Amministratore di sostegno di persone anziane prive di reti familiari, identificando ed eliminando i fattori che attualmente ostacolano questa soluzione o la rendono poco tempestiva.

Copertura finanziaria RSA, lungodegenze e riabilitazioni

È necessario, come si diceva, aprire un tavolo di confronto con la Regione per condividere ogni modifica normativa che impatti sulla spesa sociale relativa a RSA, lungodegenze e riabilitazioni e per concertare le decisioni di merito in relazione alla copertura totale della spesa sostenuta dal Comune di Roma per RSA, lungodegenze e riabilitazioni. Non solo. È anche necessario allineare i trasferimenti regionali nel corso dell'anno finanziario di Roma Capitale.

Accesso alle Case di riposo per anziani in gravi condizioni di fragilità sociale.

I requisiti richiesti per l'accoglienza degli anziani in Casa di riposo prevedono che l'ospite non faccia uso di alcol, che non abbia problemi di tipo psichiatrico, che non abbia precedenti penali, che sia totalmente autosufficiente. Inoltre, nel caso in cui tali requisiti siano soddisfatti, all'ospite, che in genere vive con l'assegno sociale e può contare su un reddito che oscilla dai 400 ai 600 euro, è richiesto di versarne il 70% a titolo di retta. Questo comporta che l'anziano ponga una serie di resistenze a tale inserimento, anche quando ve ne siano le condizioni.

Per risolvere questa criticità, sono state avanzate proposte affinché sia rivisto il Regolamento per l'accesso alle Case di riposo, in modo da prevedere una quota di retta crescente, proporzionale al reddito degli ospiti anziani in gravi condizioni di disagio, così da lasciare a chi percepisce un reddito minimo una disponibilità economica sufficiente a soddisfare i piccoli bisogni quotidiani.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare - abbattimento delle liste di attesa

Nel rapporto quotidiano con gli anziani l'assistenza domiciliare costituisce uno dei servizi più richiesti, cui si associano purtroppo lunghe liste di attesa nella maggior parte dei Municipi. L'attesa, che a volte si prolunga anche per due o tre anni, rappresenta una reale difficoltà: nel frattempo le persone anziane peggiorano nel loro stato di salute, diventano definitivamente non autosufficienti, a volte muoiono prima ancora di aver usufruito del servizio.

Può essere utile descrivere brevemente i processi che in passato hanno favorito questa situazione. L'anziano, per accedere al servizio, al momento della domanda deve presentare al Municipio la Dichiarazione dello Stato economico reddituale e patrimoniale (DSU). Questa misura è stata introdotta con D.G.C. 535/2002, al fine di estendere il servizio, prima limitato ai soli anziani con reddito mensile minimo, a tutti i richiedenti, sulla base del loro bisogno di assistenza.

In previsione dell'aumento dei costi derivante da tale decisione, la Delibera ha posto il principio della compartecipazione al costo del servizio da parte dell'utente, con una quota proporzionale al suo stato reddituale, calcolato secondo l'indicatore ISEE¹⁰². Il valore ISEE al di sotto del quale non si chiede alcun contributo all'utente è stato fissato a 6.714,00 euro, con eventuali facilitazioni per i proprietari della casa in cui vivono e per coloro che vivono in locazione.

Con l'introduzione di questa possibilità e l'informazione che ne è conseguita, molti anziani in condizioni di non autosufficienza o comunque bisognosi di aiuto si sono rivolti ai servizi sociali per ottenere il servizio. I fondi a disposizione non hanno però consentito di soddisfare la crescente domanda. I Municipi, visto il considerevole aumento delle liste di attesa, si sono dati alcuni criteri di priorità, ad esempio privilegiando le persone con una capacità reddituale più bassa, anziani senza reti familiari, persone a rischio di emarginazione sociale.

All'interno dei singoli Piani di zona dei Municipi sono stati proposti poi servizi integrativi finalizzati a soddisfare in qualche modo i bisogni delle persone in lista d'attesa, mediante interventi di assistenza leggera in carico a volontari od organismi del terzo settore (compagnia, preparazione dei pasti, acquisto di farmaci, teleassistenza). In diversi Municipi sono stati inoltre attivati servizi di assistenza domiciliare di tipo specialistico: per malati oncologici, per malati di Alzheimer e demenze correlate, assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria.

Nonostante queste misure, rimangono inevase molte richieste di assistenza alle persone non autosufficienti. Le famiglie (laddove presenti) sono così obbligate a ricorrere a familiari conviventi, oppure al mercato privato delle assistenti familiari (per lo più straniere), con i problemi connessi, ad esempio per la sostituzione nei giorni o periodi di assenza o per la gestione degli avvicendamenti tra un'assistente familiare e l'altra.

Un altro bisogno a cui si risponde con difficoltà è la possibilità di fornire residenze di sollievo in cui ospitare l'anziano con patologie gravi al momento in cui il care giver ha bisogno di tempo per prendersi cura di sé. Per affrontare in modo adeguato questo grave problema, oltre alla citata riforma strutturale dell'accreditamento degli enti gestori dei servizi alla persona e alla famiglia - sarà predisposto un programma organico per la non autosufficienza che preveda un ampio ventaglio di misure personalizzate, coerenti con la complessità delle situazioni. Saranno inoltre resi parte strutturale dell'offerta dei servizi pubblici sia i servizi residenziali e semi-residenziali temporanei "di sollievo", sia gli interventi di assistenza domiciliare leggera.

Nello stesso tempo, saranno potenziati ed estesi in tutto il territorio comunale i Centri diurni Alzheimer, integrandoli con i servizi di assistenza domiciliare e con le strutture di tipo residenziale per brevi periodi di sollievo o per periodi che si possono prolungare in relazione al livello di riduzione dell'autosufficienza dell'anziano. Infine, sarà rafforzato il progetto "Insieme si può" al fine di accompagnare le famiglie nella selezione, nella formazione e nella contrattazione delle assistenti familiari.

¹⁰² All'ospite può essere richiesta, al massimo, una contribuzione pari al costo delle prestazioni erogate, stabilito dall'Amministrazione.

Potenziamento del servizio di trasporto per accompagnamento

Un bisogno caratteristico della città di Roma è quello del trasporto, in particolare per l'accompagnamento alle visite mediche, ma anche per ogni altro tipo di spostamento, per andare a trovare un amico o un familiare, per andare a fare acquisti. Per chi ha problemi di deambulazione anche lievi, ciò rappresenta un problema a volte insormontabile. A questa criticità sarà data risposta attraverso l'ampliamento dei progetti "Nonna Roma" e "Social bus".

Potenziamento degli strumenti di informazione e comunicazione per le famiglie e gli anziani.

Un'altra domanda sociale, alla quale il sistema dei servizi non ha ancora dato piena risposta, concerne il bisogno di informazione da parte degli anziani e delle famiglie sull'offerta di servizi e opportunità disponibile sul territorio, nonché sulle modalità per accedervi (ad es. su agevolazioni o contributi, su come essere aiutati in caso di sfratto o di contenzioso, su come rispondere a richieste dell'Amministrazione o su come compilare moduli burocratici poco comprensibili).

Negli ultimi anni, molto si è fatto per rispondere a questo bisogno: sono stati istituiti i Segretariati sociali e gli URP in ogni Municipio, è stato realizzato il telefono di servizio 060606, sono state attivate le "Porte sociali", sono stati aperti sportelli informativi di vario genere, vengono continuamente aggiornate le pagine web del Comune di Roma. Ma non basta, anche perché le persone anziane non sono abituate a ricorrere a questi strumenti e si affidano per lo più al "passa-parola". Nel nuovo Piano Regolatore Sociale - nell'ambito del servizio "Pronto Nonno", sarà dedicata una maggiore attenzione alla strutturazione e al coordinamento dei sistemi informativi per la cittadinanza, in particolare quella anziana, adottando metodologie di comunicazione efficace, attiva e selettiva e potenziando il ruolo dei Segretariati sociali.

Contrasto all'isolamento e promozione dell'invecchiamento attivo

Intorno all'anziano l'ambiente si impoverisce per la mancanza di impegni, per l'inadeguatezza delle condizioni sociali oppure per la limitazione nello svolgimento delle loro attività quotidiane. Qualora insorgano la perdita dell'autonomia fisica, la malattia o altri fattori problematici, che richiedono spese supplementari, molti anziani si trovano sprovvisti di mezzi per farvi fronte. Chi non può contare sull'aiuto di familiari o di vicinato, talvolta non è nemmeno in grado di attivare una domanda appropriata, né di accedere ai servizi disponibili per ottenere l'assistenza di cui ha bisogno. Tale categoria di persone, oltre ad essere numericamente rilevante, si trova spesso in situazioni caratterizzate da elevata problematicità.

Per fronteggiare e ridurre questi rischi, che producono un'accelerazione delle condizioni di non autosufficienza, saranno potenziate le iniziative e i progetti finalizzati all'*active ageing* o invecchiamento attivo. Gli interventi preventivi riguardano tutte le sfere della vita personale e sociale dell'anziano ed è per questo che è necessaria un'azione di tipo multidisciplinare nel settore della salute, dell'attività motoria, dell'alimentazione, della sicurezza, dell'ambiente e della comunicazione. E' solo l'insieme di questi elementi che procura "benessere" e chi sta bene e si "sente" bene, partecipa attivamente alla vita della società alla quale appartiene.

Misure di sostegno per persone in età 60-65: non più adulti, non ancora anziani

Da alcuni anni ai Centri di accoglienza gestiti da associazioni caritative accedono non soltanto persone con alle spalle storie di strada e di emarginazione, ma anche soggetti che hanno condotto una vita "regolare", fatta di lavoro e di casa, e che per una serie di incidenti sociali (licenziamento, sfratto, separazione, ecc.) si ritrovano in difficoltà.

Le difficoltà maggiori si riscontrano per coloro, soprattutto uomini, che approdano ai Centri di ascolto intorno ai 60 anni. Di solito non hanno alcun reddito: non possono essere ricollocati sul mercato del lavoro, non percepiscono ancora la pensione, difficilmente usufruiscono di sussidi economici poiché sono considerati *adulti* e non *anziani* e i fondi di aiuto al reddito dei Municipi

sono molto scarsi. Per almeno 5 anni, dunque, non dispongono di alcuna entrata e devono quindi necessariamente essere ospitati da un centro di accoglienza che non richieda alcun contributo. Questa è una fascia particolarmente debole. Una volta raggiunti i 65 anni infatti solitamente arriva una pensione, i Municipi concedono più facilmente sussidi (per gli anziani ci sono più fondi a disposizione), si aprono possibilità per altre forme di aiuto economico. La situazione così migliora notevolmente, soprattutto per chi è ospite di un centro di accoglienza e quindi non ha nessuna spesa di mantenimento. Per affrontare adeguatamente questo problema, di concerto con le organizzazioni di solidarietà sociale più rappresentative, saranno studiate e adottate misure regolamentari che permettano l'accesso a forme di assistenza anche per questa fascia di popolazione.

Nuovi modelli di ospitalità residenziale

L'obiettivo principale per le persone anziane è quello di favorire la permanenza nella propria abitazione. E' necessario però migliorare i modelli di accoglienza residenziale per coloro che non possono continuare a vivere a casa propria. Le "Case di riposo" risentono ancora dell'approccio assistenzialistico del passato, strettamente relazionato ad una domanda "marginale" (per la scarsa incidenza di persone anziane e per una maggiore capacità delle famiglie di farsi carico della persona anziana), ad una concezione "assistenzialistica" dell'accoglienza nei "ricoveri per anziani", riservati a persone prive di relazioni familiari, ad una cultura del servizio poco attenta alle esigenze di riservatezza degli ospiti, con un prevalente approccio medico-sanitario.

Oggi il contesto, la cultura e le condizioni socio-sanitarie sono profondamente cambiati, ma dal punto di vista strutturale spesso i servizi residenziali sono ancora vincolati a modelli obsoleti. Certamente in questi anni si sono cercate soluzioni, si sono adattati e ristrutturati ambienti e spazi, sono state avviate metodologie di intervento più adeguate. Eppure molto ancora resta da fare. C'è bisogno di ripensare i modelli stessi di accoglienza residenziale, tenendo conto della quantità e della qualità della domanda, insieme con i vincoli di bilancio.

È necessario pensare a servizi sempre più flessibili, come, ad esempio, piccole "Comunità di coabitazione", aperte e ben inserite nel contesto urbano, anche per prevenire forme di ghettizzazione, in modo che gli anziani siano accolti in ambienti protetti di tipo familiare, con servizi in comune e buoni standard di sicurezza. Affiancati da un servizio di assistenza domiciliare in particolari momenti della giornata, con forme miste di tele-assistenza e tele-soccorso. In queste strutture piccoli gruppi di anziani possono sperimentare forme di convivenza, conducendo una vita autonoma, con una supervisione e un accompagnamento "leggero" da parte degli operatori. I costi di questo tipo di soluzione di coabitazione possono essere più facilmente sostenibili, a carico delle stesse persone che ne beneficiano, con il contributo del Comune in caso di redditi insufficienti.

In questo quadro, è necessario tener conto anche delle esigenze abitative delle coppie, al fine di evitare che, dopo una vita passata insieme a casa propria, si ritrovino improvvisamente ad essere ospitati in centri di accoglienza diversi, o – quando va bene – nello stesso centro, ma in zone separate. Il fatto di essere una coppia è un punto di forza su cui fare leva per superare le inevitabili difficoltà legate al "riposizionamento" delle condizioni di vita.

Nell'ambito del nuovo Piano si potrà predisporre un programma specifico per l'abitazione delle persone e delle famiglie anziane, con investimenti relativi alla riorganizzazione delle strutture residenziali per anziani del Comune di Roma e ad iniziative di co-housing, in collaborazione con l'Assessorato al patrimonio.

F. L'INNOVAZIONE DEL SISTEMA

Accanto alla programmazione degli interventi socio-assistenziali per le persone, le famiglie e la comunità locale, il nuovo Piano Regolatore Sociale prevede anche azioni e misure "di sistema". Non si tratta infatti solo di aumentare o migliorare i servizi: bisogna anche far sì che questi non siano una semplice aggregazione di interventi, ma un vero e proprio "sistema" organico, equo, efficiente e sostenibile.

Le "azioni di sistema" sono finalizzate a:

- *migliorare e aumentare la conoscenza* dei bisogni sociali, delle domande espresse dai cittadini, dell'offerta di servizi presente nel territorio, in modo da fondare le strategie di intervento su dati completi e attendibili;
- *regolare* l'azione dei numerosi attori in campo (Dipartimenti, Municipi, ASL, IPAB, Imprese e Parti sociali, Associazioni, Organismi di Volontariato, ecc..) per assicurare la collaborazione, il coordinamento e l'integrazione dei servizi, sulla base dei principi di sussidiarietà, solidarietà e corresponsabilità¹⁰³;
- *garantire* pari opportunità tra le persone aventi diritto alle prestazioni sociali, indipendentemente dal territorio in cui vivono, facendo sì che i servizi essenziali siano assicurati secondo standard certi in tutto il Comune;
- *promuovere* la partecipazione civica, l'iniziativa solidale e l'auto-promozione sociale dei singoli, delle famiglie e dei Corpi sociali intermedi, superando ogni forma di dipendenza assistenzialistica.

Il nuovo Piano intende riproporre alcune delle azioni di sistema già previste, accentuandone però gli aspetti di "fattibilità" e concretezza operativa, dal momento che molte misure previste nel primo Piano sembra siano rimaste allo stato di mera intenzionalità.

Nello stesso tempo, intende introdurre alcune misure innovative, con lo scopo di migliorare aspetti critici del sistema.

Le azioni di sistema che si intende realizzare nell'ambito del nuovo Piano riguardano le seguenti aree:

1. *Architettura e governance del sistema;*
2. *Qualità sociale;*
3. *Integrazione dei sistemi.*

Le azioni di sistema previste nel 1° Piano Regolatore Sociale

Informazione e comunicazione

- Comunicazione sociale
- Sistema Informativo Sociale

Qualità sociale

- Assicurazione della Qualità Sociale
- Carta dei diritti e servizi sociali
- Procedure autorizzazione, accreditamento e affidamento dei servizi
- Adeguamento, formazione e aggiornamento degli operatori sociali
- Adeguamento risorse logistiche e strumentali
- Valutazione servizi, processi e risultati

Governance

- Governance" della riforma sociale
- Un nuovo paradigma organizzativo

F.1 L'architettura e la governance del sistema

Come è noto, il sistema dei servizi sociali a Roma si articola tra interventi a titolarità dipartimentale e interventi a titolarità municipale. Dalla dinamica e fattiva collaborazione tra questi due livelli dipende sostanzialmente la capacità del sistema di rispondere in modo adeguato ai bisogni della popolazione.

¹⁰³ Cfr. Riforma dell'assistenza domiciliare e della mobilità delle persone con disabilità.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale intende armonizzare la programmazione sociale cittadina con quella dei Municipi, attraverso adeguati strumenti e servizi di governance, coordinamento e assistenza tecnica, al fine di garantire in modo equilibrato livelli quantitativi e qualitativi di servizi e di prestazioni su tutto il territorio di Roma Capitale. Il processo di attuazione del nuovo Piano prevede pertanto la definizione di standard territoriali ed una ricollocazione di risorse, sia finanziarie che professionali, in modo proporzionale all'intensità e all'estensione dei bisogni sociali.

L'innovazione dell'architettura e della governance del sistema sarà realizzata *contestualmente alla riorganizzazione di Roma Capitale*. Sarà assicurata ai Municipi la piena autonomia e responsabilità nella pianificazione e realizzazione dei servizi, in un quadro unitario e armonico, che garantisca la massima equità sociale in tutto il territorio romano, tenendo comunque conto delle specificità territoriali in termini di condizioni sociali, economiche, demografiche e geografiche.

Il nuovo Piano Regolatore si propone di raggiungere tre obiettivi generali.

Obiettivo 1: *Completare e razionalizzare il processo di decentramento dei servizi sociali, realizzando un nuovo equilibrio nei rapporti tra la Città e i Municipi*

- ✓ Revisione delle responsabilità, delle funzioni e dell'organizzazione dei Municipi in relazione al sistema dei servizi sociali, nell'ambito dei Decreti attuativi della Legge 42/2009 per "Roma Capitale";
- ✓ Ridefinizione delle competenze, delle funzioni e dell'organizzazione del Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute.

Obiettivo 2: *Assicurare l'armonizzazione delle strategie sociali cittadine con quelle dei Municipi nell'ottica dell'"equità sociale"*.

- ✓ Istituzione e regolamentazione della *Conferenza permanente degli assessori per le politiche sociali*, presieduta dall'Assessore capitolino;
- ✓ Rafforzamento del ruolo e delle funzioni degli Uffici dipartimentali che, attraverso il coordinamento, il monitoraggio e il supporto alla programmazione e alla realizzazione dei servizi e degli interventi sociali, garantiscono il "governo" del sistema dei servizi e degli interventi sociali;
- ✓ Regolamentazione della composizione e delle funzioni degli *Uffici di Piano* municipali;
- ✓ Elaborazione di *Linee-guida* per la preparazione e l'approvazione di Piani Sociali municipali coerenti con la pianificazione sociale cittadina.

Obiettivo 3: *Favorire il coinvolgimento dei Corpi intermedi, espressione della Società civile, nella programmazione e realizzazione dei servizi e degli interventi sociali*

- ✓ Istituzione, regolamentazione e gestione di *Tavoli permanenti di coordinamento* con i principali organismi rappresentativi delle Fondazioni, della Cooperazione Sociale, delle Associazioni, degli organismi di volontariato e degli altri attori operanti sul territorio cittadino nel settore dei servizi sociali;
- ✓ Istituzione di un Ufficio di co-progettazione e coordinamento delle IPAB operanti sul territorio del Comune di Roma
- ✓ Rafforzamento degli strumenti di concertazione e confronto con i sindacati, le cooperative e le imprese sociali, le aziende partecipate da Roma Capitale, le agenzie specializzate nell'ambito del lavoro sociale;
- ✓ Sostegno allo sviluppo del Terzo Settore, attraverso meccanismi di tipo strutturale, volti ad aumentarne le capacità operative

F.2 La validità del sistema di welfare

La validità di un sistema di welfare locale si gioca non solo sul versante della quantità e della distribuzione dei servizi, ma anche su quello della qualità degli interventi e delle prestazioni. Esiste infatti un paradigma assiomatico che è necessario rimettere in discussione: che l'investimento sulla quantità debba necessariamente andare a discapito della qualità (e viceversa).

Non solo, la qualità genera "effetti-leva" che amplificano la disponibilità di risorse, che si riverbera nella possibilità di aumentare la quantità dei servizi. In primo luogo si deve agire per eliminare o ridurre inefficienze e inappropriatezze costose.

Bisogna farlo anche per ottenere la *credibilità* necessaria per richiedere la mobilitazione di risorse pubbliche e private proporzionali ai bisogni sociali della popolazione. Ma questo non si può fare senza un'adeguata conoscenza, senza sistemi di monitoraggio, senza standard sui livelli di qualità considerati accettabili, senza la ricerca dell'efficienza nella gestione dei servizi.

Occorre perseguire la qualità sociale attraverso azioni che permettano di valutare l'appropriatezza delle risorse messe in campo e la capacità del sistema a rispondere effettivamente ed efficacemente ai bisogni espressi. Non può esservi qualità sociale senza una valutazione costante dell'impatto che le misure adottate hanno sulle condizioni di vita dei cittadini e sul miglioramento dei livelli di protezione e promozione sociale.

F.2.1 La "Cabina di regia"

Il principale strumento operativo per l'attuazione del nuovo Piano Regolatore Sociale sarà un'Unità Organizzativa, all'interno del Dipartimento Politiche sociali, che assorbirà le funzioni svolte attualmente dall'Ufficio "Azioni di sistema". Tale U.O., che sarà integrata e potenziata con l'apporto di esperti esterni, svolgerà anche le funzioni di "Osservatorio cittadino sulla condizione sociale", fornendo informazioni sistematiche sull'evoluzione dei bisogni e delle domande sociali dei cittadini.

La nuova U.O. costituirà il punto di riferimento per:

- a) la programmazione e la gestione del Sistema Informativo Sociale;
- b) l'adozione di un programma organico per la valutazione della qualità (erogata e percepita) delle prestazioni, dei progetti, dei servizi e dei piani sociali, con il coinvolgimento di soggetti "terzi" indipendenti;
- c) la predisposizione della *Carta cittadina dei servizi sociali* e dello *Schema di riferimento* a cui tutte le Carte dei servizi sociali (dipartimentali, municipali e degli enti accreditati) si dovranno obbligatoriamente riferire;
- d) la redazione e diffusione del *Bilancio sociale di Roma Capitale*, che conterrà le informazioni essenziali sulle risorse impegnate, le attività realizzate e i risultati ottenuti dal sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali.

F.2.2 Il Sistema Informativo Sociale

Il nuovo Piano Regolatore Sociale, tenendo conto delle Linee di indirizzo emanate dall'Assemblea Capitolina, attiverà un forte investimento per il Sistema Informativo Sociale. Per analizzare un qualsiasi fenomeno sociale, oltre alla scelta di adeguate metodologie, è necessario infatti disporre di dati affidabili, recenti e completi.

Implementare un Sistema Informativo Sociale integrato in una città come Roma, i cui servizi sono articolati su diversi livelli istituzionali, è un compito complesso e delicato. Ma la strada è stata tracciata e le professionalità si sono nel tempo formate, anche se in un contesto non facile e

con dotazioni informatiche non sempre adeguate. Grazie alle risorse messe in campo dalla Regione Lazio e all'accordo del 2006 tra la stessa Regione ed il Comune di Roma è stato possibile in questi anni costruire e sperimentare una rete capillare ed estesa su tutto il territorio e tra istituzioni diverse. Il sistema finora ha generato e testato strumenti di rilevazione attendibili e validi. Nell'ambito del nuovo Piano si dovrà dare impulso a quanto è stato fatto in questi anni, per l'implementazione di un moderno ed efficiente Sistema Informativo Sociale, che sappia valorizzare e integrare i flussi informativi già attivati.

Il nuovo Sistema Informativo Sociale assicurerà un attento monitoraggio dei processi e dei risultati degli interventi, prevedendo e definendo adeguati standard qualitativi e quantitativi. La compiuta conoscenza dei bisogni sociali, attraverso dati e informazioni affidabili e tempestive, favorirà la pianificazione e la valutazione delle politiche sociali, anche per la collaborazione con altre politiche di sviluppo della società quali salute, educazione ed istruzione, lavoro, casa e sicurezza.

In questo contesto, oltre alla rapida implementazione in tutto il territorio comunale della "cartella sociale", già sperimentata in alcuni Municipi, sarà rafforzata la messa in rete telematica di tutti i soggetti che si occupano di servizi sociali: Dipartimento per la Promozione dei servizi sociali e della salute, Municipi, ASL, imprese sociali, volontariato, IPAB, ecc.

F.2.3 La riforma dell'accreditamento per i servizi alla persona

La qualità dei servizi e delle prestazioni sociali è fortemente influenzata dalla qualità degli Enti che gestiscono gli interventi e dalle condizioni in cui svolgono il loro lavoro. Il Piano Regolatore Sociale prevede perciò di modificare il sistema di accreditamento degli Enti affidatari, mediante la creazione di un Registro Unico su base Cittadina (RUC), quale strumento di "validazione pubblica" degli Organismi operanti nel settore dei Servizi alla persona (confronta allegato n. 10).

In questo contesto, quindi, assume un particolare rilievo la riforma dell'assistenza domiciliare. Su quest'ultima, con deliberazione G.C. n. 317 del 21/9/2011, è stata avviata la sperimentazione di un nuovo modello del servizio rivolto alle persone con disabilità (SAISH) e agli anziani (SAISA) mentre, per quanto riguarda il SISMIF e l'assistenza alle persone affette da sindrome HIV, i servizi saranno rimodulati in relazione agli esiti dello start-up del nuovo sistema.

L'attuale sistema dei servizi sociali alla persona si basa su due pilastri:

- accreditamento cittadino e territoriale (max 4 Municipi) basato sulla esistenza, in capo all'organismo (ovvero ai soci), di alcune caratteristiche tecnico – professionali (D.C. 90 del 28.4.2005) necessarie per l'eventuale affidamento di servizi da parte dell'Amministrazione;
- definizione di standard di assistenza («pacchetti di servizio» previsti dalla D.G. 479 del 30.8.2006) in base ai quali le strutture competenti dei Municipi assegnano «ore di assistenza» ai richiedenti, per tramite degli organismi accreditati, sulla base sia del livello di assistenza necessario che dei vincoli di bilancio esistenti.

Le aree di intervento principali di questo sistema sono tre:

- SAISH – rivolto al supporto domiciliare nei confronti dei cittadini diversamente abili;
- SAISA - rivolto al supporto domiciliare nei confronti dei cittadini «over 65»;
- SISMIF - rivolto all'assistenza nei confronti dei minori in stato di bisogno;

La riforma riguarderà nella sua fase iniziale solo il SAISA ed il SAISH, mentre il SISMIF, per la sua delicatezza, verrà rimodulato in relazione agli esiti dello start-up del nuovo sistema.

L'elemento essenziale di una riforma condivisa, che tenga sempre al centro dell'attenzione quale premessa insindacabile l'utente e il Municipio quale soggetto "costruttore" del servizio, è quello

dell'equità sociale. E' necessario riordinare il sistema in modo che tutti i soggetti coinvolti, anche il terzo settore quale "soggetto attuatore" dei servizi di assistenza domiciliare, possano raggiungere un equilibrio che tenga in considerazione le esigenze di tutti, dagli utenti (quelli serviti e quelli in lista di attesa) agli operatori del terzo settore, naturalmente sotto il coordinamento imprescindibile dell'Amministrazione Comunale, quale elemento "regolatore" di questi bisogni.

L'Amministrazione prefigura un sistema inderogabilmente vincolato alla traduzione in operatività di due concetti interconnessi: mantenimento della spesa storica e incremento del numero dei fruitori. Nella visione di Roma Capitale, l'interdipendenza dei temi assume particolare rilievo: la non contrazione dei fondi, in tempi di grave crisi, può essere assicurata soltanto in concomitanza dell'estensione del bacino di fruizione dei servizi.

Anche per la Cooperazione sociale, rispetto alla realizzazione di un nuovo sistema, sussiste un'irrinunciabile coppia di intendimenti correlati: stabilità del lavoro e riconoscimento della qualità professionale. Il concetto di stabilità è da riferire tanto alle commesse, quanto al lavoro degli operatori, in ragione del chiaro legame esistente tra le due istanze.

La competenza e l'esperienza complessivamente possedute da un organico caratterizzato da una grande stabilità (*turn-over* ridotto al minimo fisiologico), consentiranno di articolare il servizio in forme differenziate, adeguate a fornire la risposta più opportuna alla complessità dei bisogni espressi dal bacino di fruizione. In questa circostanza, è rintracciabile la premessa per una concreta praticabilità del concetto di personalizzazione degli interventi.

Il riconoscimento delle competenze degli enti accreditati, da parte dell'Amministrazione centrale, favorirebbe, infine, l'omogeneizzazione degli apporti e delle modalità di attivazione, riducendo sensibilmente anche il rischio di difformità interpretativa a livello territoriale. Naturalmente, il citato processo di omogeneizzazione, per avere senso, dovrebbe realizzarsi con metodi che assicurino un "livellamento verso l'alto", anche mediante l'istituzione di percorsi di individuazione di "buone prassi" locali, estensibili all'intero territorio cittadino.

L'incremento dei fruitori assume un valore realmente significativo esclusivamente in rapporto all'effettiva capacità di garantire equità di apporto nei confronti della totalità dell'utenza. Poiché, per evidenti ragioni, l'equità non può essere eguagliata alla semplice uniformità distributiva, ma deve essere fatta corrispondere, più correttamente, a una forma di attribuzione differenziata sulla base di criteri trasparenti, il sistema deve poter disporre della massima certezza in merito alle risorse attivabili (in questa direzione l'introduzione del progetto pilota «LIVEAS garantiti» all'interno del Piano Strategico di Sviluppo di Roma Capitale).

La costanza d'organico, derivante dall'applicazione del criterio di stabilità del lavoro, si costituisce quale garanzia imprescindibile ai fini della migliore resa del servizio in rapporto all'intero bacino di fruizione, non inteso come semplice somme di individui classificati, una volta per tutte, in relazione ai bisogni assistenziali.

Contrariamente a quanto sovente sostenuto, spesso anche a dispetto di prove assolutamente contrarie, la continuità di risorse e la reale possibilità di gestione disciplinata delle stesse si riveleranno elementi in grado di assicurare il più alto grado di soddisfazione, anche a fronte di una grande mutevolezza delle esigenze.

L'allargamento della platea dei fruitori, come fenomeno non estraneo all'eventuale introduzione di nuove forme di servizio integrato, non può essere subordinato a un decremento delle competenze degli operatori impegnati nell'esecuzione degli interventi. Questa considerazione è ovviamente valida non solo per il settore dei servizi sociali domiciliari, ma per qualsiasi campo si disponga all'interazione con diversi ambiti disciplinari.

Tranne che, quindi, non si voglia correre il rischio di dare vita a un servizio squilibrato circa ruoli e possibilità di partecipazione ai processi decisionali, probabilmente disarticolato, conflittuale e antieconomico, è indispensabile mirare all'innalzamento o, in subordine, al mantenimento, della qualità professionale di tutti gli attori coinvolti.

L'Amministrazione Capitolina ritiene di poter rendere conciliabili le esigenze degli attori del sistema e quindi realizzare una riforma condivisa dei *servizi sociali di prossimità*, attuando le linee guida riportate nella deliberazione G.C. 317/2011 sopra citata :

1. individuare il "bisogno" quale elemento determinante, sia per la priorità di accesso ai servizi, che per l'intensità qualitativa e quantitativa degli interventi, attraverso l'analisi puntuale di tutte le variabili che incidono sulla fragilità dell'individuo, in particolare di quella economica e familiare;
2. garantire il rispetto dell'equità sociale;
3. incrementare il numero dei cittadini fruitori e la qualità dei servizi erogati, ridefinendo le tipologie di assistenza, anche con sistemi innovativi di intervento, in coerenza con i reali bisogni dei cittadini, introducendo, pertanto, il Gruppo Standard e il Gruppo Compensativo;
4. individuare "costi standard" per fattispecie prestazionali, contemplando livelli uniformi di assistenza a valere su tutti i Municipi, attraverso l'applicazione di un indicatore rappresentante il costo medio annuo che l'Amministrazione sostiene per ogni utente, distinto per tipologia d'intervento e livello d'intensità assistenziale e rapportato alla quantità di prestazioni programmate nel Piano d'Intervento Personalizzato;
5. introdurre il "Livello di Copertura" dei servizi nei Municipi (rapporto tra cittadini assistiti e potenziali utenti) mediante un'opera progressiva di redistribuzione delle risorse, volta a riallineare e rendere più congrue le dotazioni sulla base delle analisi del bisogno e dei fattori socio economici dei territori, portando a compimento tale processo entro il 2015;
6. valorizzare il lavoro dei Municipi, quali soggetti deputati all'analisi dei bisogni del proprio territorio e alla formulazione e realizzazione delle risposte più idonee, nell'ambito di un'azione programmata a livello cittadino;
7. definire, una volta individuato il bisogno, le procedure per consentire la scelta, da parte del cittadino, per l'assistenza indiretta, nei casi nei quali la risposta al bisogno definita nel Piano di Intervento Personalizzato contenga un'attività prevalente di "superamento degli stati di non autosufficienza" (art. 39 comma 2 Lettera 1-ter Legge 104/92) ed il contesto di relazioni garantisca, ove necessario, l'individuazione di una figura di riferimento per l'attuazione del Piano;
8. favorire al massimo la stabilità del lavoro degli operatori sociali e la qualità del lavoro professionale attraverso un sistema di riconoscimento a valutazione qualitativa degli organismi accreditati del terzo settore che preveda anche una formazione continua degli operatori medesimi;
9. individuare un sistema unico di valutazione della qualità dei servizi erogati dagli organismi del terzo settore, uniforme su tutto il territorio cittadino;
10. valutare e pervenire, sempre nel rispetto dell'equità sociale e nel contesto di riferimento della Legge 328/2000, all'elaborazione di un nuovo sistema di compartecipazione economica dei cittadini assistiti, rapportato all'ISEE degli stessi e, contestualmente, basato su un criterio inversamente proporzionale alla intensità dell'intervento, tenendo conto, altresì, sia per i cittadini anziani che per quelli con disabilità, della sola situazione reddituale personale, qualora sia stata riconosciuta - dai competenti or-

ganismi delle AA.SS.LL. - una condizione di non autosufficienza, ovvero un handicap permanente grave ai sensi dell'art. 3 co. 3 della legge n. 104/92.

Limitatamente agli utenti del servizio SAISH, la compartecipazione godrà di un'ulteriore agevolazione in quanto i redditi del solo assistito saranno considerati al netto del 40% di quelli da lavoro o equipollenti, con una detrazione aggiuntiva del 10% per ogni familiare a carico esclusivo; l'adozione del nuovo sistema di compartecipazione sarà oggetto, a conclusione della sperimentazione, di apposito atto deliberativo;

11. uniformare su tutto il territorio cittadino le procedure e la modulistica di individuazione del bisogno, di presa in carico, di valutazione della qualità degli interventi.

F.3 L'integrazione dei sistemi

Il Piano Regolatore Sociale non si limita alla programmazione e realizzazione dei servizi e degli interventi sociali. È necessario che ciò avvenga coordinando e integrando gli interventi di assistenza con gli altri sistemi di sviluppo della città che influiscono, più o meno direttamente, sull'efficacia della protezione sociale dei cittadini ed in particolare di quelli più deboli. Il compito - teoricamente condiviso, ma operativamente irto di ostacoli - è dunque quello di rafforzare l'interrelazione e l'interconnessione istituzionale e organizzativa per un lavoro in rete non occasionale, né limitato alla sola collaborazione interprofessionale.

La difficoltà principale non consiste tanto nell'adozione di protocolli o nella sottoscrizione di accordi, quanto nella "manutenzione" delle reti e del loro funzionamento, la cui complessità è in genere sottostimata. Il coordinamento e l'integrazione intersistemica sono invece obiettivi che vanno ricercati con realismo, pazienza e costanza, investendo sia sul contesto e sugli strumenti procedurali, sia sulla formazione e sulla cultura organizzativa dei dirigenti e degli operatori.

Il "Piano" assume quindi il compito di essere una "grande cornice", come una "Legge Quadro" sull'innovazione del sistema, che dovrà poi essere resa funzionale dall'azione amministrativa ordinaria.

In questa direzione, la creazione dell'Unità Organizzativa per l'attuazione del Piano Regolatore Sociale, all'interno del Dipartimento delle Politiche Sociali, svolge un'azione cruciale di "soggetto attuatore" dei principi inseriti nel Piano.

Il tema poi dell'integrazione dei sistemi, è stato più volte richiamato nelle precedenti sezioni. Di seguito, si riprendono sinteticamente alcuni obiettivi e strumenti operativi, nelle seguenti cinque aree: salute; lavoro; casa; istruzione; sicurezza, emergenze e giustizia.

F.3.1 Integrazione con il sistema sanitario

La riforma dei servizi sociali è fortemente connessa al processo di riforma dei servizi sanitari. Il mancato coordinamento è causa di una diminuzione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, oltre a costituire un peso per il cittadino. La definizione condivisa delle responsabilità, dei processi e delle risorse invece incide positivamente sulla continuità assistenziale, favorisce l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, consente la razionalizzazione della spesa ed economie di scala.

Non mancano certo i riferimenti normativi sulla "obbligatorietà" dell'integrazione socio-sanitaria (Legge 419/98, Decreto Legislativo 229/99, Legge 328/00). Il DPCM 14.02.2001 fornisce inoltre indirizzi per il coordinamento e il finanziamento a carico di ASL e Comuni. Esso individua chia-

ramente i diversi livelli di prestazioni socio sanitarie: sanitarie a rilevanza sociale; socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria; sociali a rilevanza sanitaria¹⁰⁴.

Purtroppo, a fronte di modelli avanzati di integrazione presenti in altre aree del Paese, la Regione Lazio non è riuscita finora a consolidare un'iniziativa globale in questo campo.

Il nuovo Piano Regolatore Sociale vuole contribuire a sbloccare la situazione, in stretto coordinamento con le Autorità regionali. A tal fine, in sede di Conferenza Socio Sanitaria Unificata, sarà proposta la redazione di un *Programma d'azione per l'integrazione socio-sanitaria*, da adottare tramite Accordo di programma, in cui saranno definite:

- ✓ le aree di integrazione socio-sanitaria e gli ambiti di applicazione dell'Accordo;
- ✓ le competenze e i compiti assistenziali di ciascun soggetto;
- ✓ la programmazione di specifici progetti innovativi;
- ✓ gli interventi di accompagnamento, assistenza tecnica e formazione congiunta;
- ✓ gli impegni di carattere economico-finanziario a carico del Comune e delle ASL;
- ✓ le modalità di monitoraggio e valutazione della realizzazione del Programma d'azione.

In questo ambito saranno definiti anche gli standard e le procedure per la concessione dell'idoneità al funzionamento delle strutture socio-sanitarie e individuata la collocazione dei servizi sanitari nel territorio cittadino, per consentire parità di opportunità di accesso a tutti i cittadini.

Per favorire l'integrazione, in caso di modifiche dell'attuale suddivisione territoriale del Comune, saranno adottate le misure necessarie per mantenere coincidenza del territorio dei distretti sanitari con quello dei Municipi.

Un elemento importante per l'integrazione, dal punto di vista del cittadino, è costituito dal Punto Unico di Accesso alle prestazioni socio sanitarie (PUA), da istituire in ogni Municipio/Distretto (integrando strumenti e procedure), in collegamento con il Segretariato sociale.

Saranno valorizzate e diffuse le buone prassi presenti sul territorio in vari settori del sociale. Ad esempio i "Gruppi Integrati di Lavoro" (GIL) per la presa in carico delle situazioni di minori sottoposti a provvedimenti o richieste da parte della magistratura, oppure le "Unità Interdistrettuali Minori", che mettono in rete l'insieme di servizi socio sanitari di un quadrante territoriale (RM/A, etc.), all'interno del quale sono promosse azioni di coordinamento tra Distretto Sanitario (con i suoi molteplici servizi) e Servizi municipali. Un'esperienza che potrebbe costituire un modello di intervento anche per altri gruppi target.

Obiettivo: *Aumentare il livello di integrazione socio-sanitaria*

- ✓ Sottoscrizione di un Accordo di programma in ambito di Conferenza Socio-sanitaria Unificata per la realizzazione del Programma d'azione per l'integrazione socio-sanitaria, che preveda una struttura di coordinamento permanente tra Comune e ASL;
- ✓ Accordi interistituzionali per la gestione della continuità assistenziale delle persone anziane ospitate nelle Case di riposo, anche nelle situazioni di prevedibile aggravamento delle condizioni di salute;
- ✓ Istituzione in ogni Distretto/Municipio del Punto Unico di Accesso integrato con lo Sportello di Segretariato Sociale;
- ✓ Co-progettazione di interventi di "sollievo" per i familiari e per le "dimissioni protette";
- ✓ Estensione anche ad altri gruppi target del "modello UIM" sperimentato per i minori;
- ✓ Integrazione del Sistema Informativo Sociale con quelli della Sanità.

¹⁰⁴ Ulteriori precisazioni sono fornite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2009, che ridefinisce i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, che i Servizi Sanitari Regionali sono tenuti a garantire a tutti i cittadini.

F.3.2 Integrazione con mondo del lavoro e della produzione

La forte integrazione tra politiche sociali e politiche del lavoro si può percepire, a livello nazionale, dalla presenza di un unico Ministero che si occupa di entrambi i settori. Meno evidente risulta invece questo nesso a livello regionale e comunale, anche in considerazione del fatto che l'Ente locale, dal punto di vista normativo, non possiede molti strumenti per agire efficacemente nel settore dell'occupazione.

Sull'importanza del lavoro per la prevenzione e il superamento del disagio si rimanda a quanto esposto in più riprese nelle pagine precedenti, ad esempio a proposito dei minori in uscita dalle strutture residenziali, all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e disagio mentale, al reinserimento delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, alle opportunità occupazionali degli stranieri e dei richiedenti asilo, ai percorsi di autonomia delle persone con grave disagio sociale.

Si tratta, in genere, di provvedimenti concreti e circoscritti, che possono essere messi in agenda senza ulteriori passaggi, soprattutto valorizzando le potenzialità aperte dal programma RETIS.

Questi provvedimenti saranno co-progettati di concerto con il Dipartimento preposto alle politiche del lavoro e con gli altri Enti che hanno competenze specifiche nel settore dell'occupazione, in particolare con gli Organismi del mondo produttivo romano (Camera del Lavoro, Confindustria, Confcommercio, Confartigianato, Centrali sindacali, Centrali Cooperative, Enti bilaterali, ecc.).

Il tema del lavoro non riguarda però solo i soggetti svantaggiati. Attiene anche alle persone che di tali soggetti si occupano in modo professionale. Al riguardo, più avanti si affronterà la questione della qualificazione iniziale, della formazione continua e della tutela lavorativa degli operatori sociali, sia dipendenti pubblici, sia dipendenti, soci o collaboratori di Cooperative, Associazioni e altri Enti che operano nel comparto dell'assistenza sociale.

Infine, il tema dell'integrazione socio-lavorativa non può non toccare anche i bisogni occupazionali dei care giver familiari. Al riguardo, gli obiettivi da perseguire sono in primo luogo quello del riconoscimento del lavoro svolto in modo informale (ma non per questo meno oneroso) dai familiari di persone non autosufficienti e, in secondo luogo, della regolarizzazione e della qualificazione del lavoro di cura fornito da assistenti familiari estranee alla famiglia.

Obiettivo: Integrazione il sistema dei servizi sociali con le politiche attive del lavoro e del sostegno all'occupazione

- ✓ Coordinamento con il Dipartimento preposto alle politiche del lavoro e con gli altri Enti che hanno competenze specifiche nel settore dell'occupazione.
- ✓ Consolidamento degli strumenti previsti dalla normativa per l'orientamento e l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (borse lavoro, tirocini, ecc.).
- ✓ Rafforzamento del sistema del collocamento mirato per le persone disabili.
- ✓ Ampliamento dell'uso delle nuove tecnologie per l'inserimento di persone con disabilità.
- ✓ Sviluppo di "fattorie sociali" per conciliare il lavoro con il trattamento terapeutico.
- ✓ Sviluppo del Programma RETIS per favorire l'incontro tra domanda e offerta in campo sociale e suo inserimento all'interno delle attività della Fondazione Roma Solidale.
- ✓ Entrata a regime della Delibera che riserva alla cooperazione sociale (di tipo B) almeno il 5% degli appalti di beni e servizi da parte di Roma Capitale e delle Società di scopo partecipate.
- ✓ Qualificazione e tutela lavorativa degli operatori sociali.
- ✓ Riconoscimento del lavoro informale svolto dai familiari di persone non autosufficienti.
- ✓ Sviluppo del progetto "Insieme si può" per la regolarizzazione e la qualificazione del lavoro di cura fornito da assistenti familiari estranee alla famiglia.

F.3.3 Integrazione con le politiche abitative e del patrimonio

A Roma, la questione alloggiativa è da sempre un'emergenza. Il problema riguarda non solo i più poveri, anche chi ha un reddito insufficiente a trovare soluzioni abitative sul mercato della locazione o della compravendita, ma non è abbastanza povero per beneficiare di interventi di assistenza abitativa. I soggetti che manifestano un disagio abitativo e una crescente domanda insoddisfatta sono diversi: oltre agli anziani, agli immigrati e alle famiglie mono-parentali, ci sono i lavoratori che non possono fare affidamento su un reddito fisso e trovano quindi difficoltà nell'accensione di mutui per l'acquisto della casa o per regolari contratti d'affitto.

Secondo l'Ufficio extradipartimentale per le Politiche Abitative (UPA, 2009), a Roma sono 32.871 le famiglie in attesa di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) inserite nella graduatoria ufficiale aggiornata dall'Ufficio al 21.12.2006, di cui 1.200 col massimo del punteggio (10 punti); 400 i nuclei familiari in estreme condizioni di indigenza in carico all'UPA per l'assistenza in emergenza; 24.621 gli sfratti emessi per morosità negli ultimi cinque anni con un'incidenza del 9,5% sulle abitazioni in affitto; 19.418 gli sfratti eseguiti negli ultimi cinque anni con un'incidenza del 7,5% sul totale delle abitazioni in affitto¹⁰⁵.

Il mercato degli affitti presenta notevoli criticità. In 10 anni, tra il 1999 e il 2008, hanno fatto registrare un incremento complessivo del 145% e in solo 15 casi su 100 le locazioni sono definite da contratti a patti concordati. Si consideri che a Roma il canone medio richiesto per un monolocale è di 805 euro e per un bilocale è di 1.010 euro. Canoni proibitivi non solo per le famiglie a basso reddito con figli, ma anche per nuclei appartenenti al "ceto medio" che fino a qualche anno fa sembravano al riparo dal pericolo di deriva sociale e che oggi sono sempre più vulnerabili.

A questo quadro vanno aggiunte le condizioni di persone anziane che vivono sole (donne over-75enni) con esigue pensioni sociali o di reversibilità (300-400 euro mensili) sotto sfratto esecutivo per morosità; coppie di anziani con una sola pensione o due pensioni minime, non più in grado di sostenere le spese di affitto e utenze.

Sarebbe ingenuo e fuorviante trattare questo problema definendone i contorni medi, dimenticando che l'edilizia residenziale pubblica nella Capitale si è spesso mossa nella direzione della creazione di veri e propri "ghetti", in cui la stratificazione di forme di disagio attraverso le generazioni e il concentrarsi di episodi di devianza, ha favorito lo sviluppo e il consolidamento nel tempo di vere e proprie subculture che hanno finito per ostacolare la progettazione di percorsi di reinserimento e promozione sociale, specie tra i più giovani.

Una parte delle famiglie che utilizzano l'edilizia residenziale pubblica non sempre sono in condizioni di regolarità (si tratta a tutti gli effetti di "occupazioni") o, se sono in affitto, sono morose. Nel momento in cui dovessero perdere *anche* la casa, l'esito ultimo del processo di impoverimento sarebbe la strada. Un segnale preoccupante, in questo senso, è dato dall'aumento delle "residenze fittizie"¹⁰⁶ rilasciate dai Municipi a persone che non dispongono di una dimora stabile.

Attualmente le risposte allo specifico problema della casa si concentrano sull'erogazione di una serie di contributi a sostegno del pagamento dei canoni d'affitto o in aiuto al nucleo familiare o alle singole persone. Nel 2008 sono stati 10.430 i beneficiari del contributo per l'affitto ex deli-

¹⁰⁵ I dati e le analisi qui riportate sono tratte dal "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 2009" a cura della Commissione nazionale d'Indagine sull'Esclusione Sociale, Novembre 2009.

¹⁰⁶ Le residenze fittizie sono fissate in base alla Delibera comunale 172/2002 in Via Modesta Valenti, luogo convenzionale che sostituisce la c.d. Via della Casa Comunale e sono attribuite a persone che hanno perso la residenza in seguito a procedura di irreperibilità. Oltre ai Municipi, anche alcune associazioni e cooperative sociali sono autorizzate a rilasciare indirizzi convenzionali per la fissazione di residenze fittizie.

bera comunale 431/2000 ("Buono Casa") su ben 16.214 richiedenti che hanno presentato domanda nel 2007. Tra la presentazione della domanda e l'effettiva erogazione del contributo possono trascorrere fino a 9-10 mesi: tempi eccessivamente lunghi che rischiano dunque di non risolvere la situazione di emergenza in cui una persona può venirsi a trovare.

Dodici sono i Residence comunali disponibili per l'accoglienza dei nuclei in emergenza alloggiativa. Recentemente ne sono stati attivati altri tre sul territorio del VII Municipio.

Obiettivo: *Integrare gli interventi assistenziali con i servizi per la casa e per la gestione del patrimonio pubblico*

- ✓ Revisione della regolamentazione per la prevenzione e il contrasto del disagio abitativo (Delibere 154/97 e 163/98).
- ✓ Coordinamento interassessorile per l'utilizzo a fini sociali dei beni confiscati alla criminalità organizzata e di quelli assegnati dallo Stato al Comune di Roma nell'ambito del c.d. "federalismo demaniale".
- ✓ Previsione di una riserva di quote degli alloggi acquisiti dell'amministrazione comunale destinati a categorie ad alto disagio sociale.
- ✓ Reperimento di nuove risorse abitative da destinare all'emergenza abitativa.
- ✓ Assegnazione di sedi alle associazioni non profit (delibera 26/96) e destinazione di spazi di proprietà comunale a partenariati di soggetti impegnati in attività sociali.
- ✓ Abbattimento degli oneri a favore di costruzioni idonee a persone anziane o ad alloggi per l'autonomia delle persone con disabilità.

F.3.4 Integrazione con i sistemi dell'istruzione e della formazione

Sono molteplici gli ambiti di integrazione tra i servizi sociali e quelli dell'istruzione e della formazione. Si è avuta occasione di parlarne in più riprese nelle pagine precedenti. Essi riguardano soprattutto quattro aree, per ciascuna delle quali si segnalano più avanti gli strumenti proposti per un migliore coordinamento e integrazione:

- ✓ *le responsabilità educative e il diritto allo studio delle persone in età evolutiva, in particolare per la prevenzione e il contrasto della dispersione scolastica;*
- ✓ *l'inserimento scolastico e il sostegno agli alunni con disabilità o disagio psichico;*
- ✓ *i percorsi di formazione professionale per l'inserimento nel mondo del lavoro di soggetti svantaggiati;*
- ✓ *le opportunità di apprendimento delle persone adulte lungo tutto l'arco della vita.*

Particolare importanza assume quest'ultimo settore, dal momento che l'istruzione lungo tutto il corso della vita favorisce il pieno sviluppo delle potenzialità personali, facilita l'integrazione sociale e le opportunità di inserimento nel mondo del lavoro¹⁰⁷. In questo settore, nel 2009 il Comune di Roma ha realizzato il "Progetto per l'individuazione degli ambiti territoriali e dei Comitati Locali per l'Educazione Permanente degli Adulti", finanziato dalla Regione Lazio. È stato così elaborato e avviato un sistema cittadino, imperniato su 8 "Comitati Locali" e una "Cabina di regia" centrale, che fa capo al Dipartimento Attività Economico-Produttive, Formazione-Lavoro.

In questo sistema un ruolo fondamentale è assegnato ai Centri Territoriali Permanenti (CTP) istituiti nel '97 dal Ministero della Pubblica Istruzione. A Roma la domanda di partecipazione alle attività formative dei CTP risulta elevata e in continua espansione. La maggior parte dei percorsi

¹⁰⁷ Cfr. "Programma di apprendimento permanente" del Parlamento Europeo - 2006 e linee di indirizzo della Regione Lazio - Deliberazione G.R. n. 845/07.

formativi si caratterizzano come corsi finalizzati al conseguimento della licenza media, dell'apprendimento della lingua italiana (per gli stranieri), della lingua inglese (per gli italiani) e di competenze informatiche.

Obiettivo: Integrare il sistema dei servizi sociali con i sistemi dell'istruzione e della formazione

- ✓ Coordinamento dei programmi di accoglienza e di assistenza dei minori stranieri con quelli di inserimento scolastico, anche al fine di favorire il successo scolastico dei minori stranieri e l'educazione al rispetto, alla tolleranza, alla legalità e alla solidarietà.
- ✓ Coordinamento interistituzionale finalizzato al rispetto del diritto-dovere all'istruzione dei bambini Rom, comprendente un monitoraggio continuo dei livelli quantitativi e qualitativi della scolarizzazione, nonché misure specifiche per ridurre o eliminare gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento di questo risultato.
- ✓ Integrazione degli interventi assistenziali per minori con problemi di disagio sociale con eventuali percorsi di formazione professionale.
- ✓ Coordinamento dei Dipartimenti per le Politiche scolastiche e le Politiche sociali per identificare criticità e soluzioni al fine di migliorare la qualità dell'inserimento scolastico degli alunni con disabilità o disagio psichico.
- ✓ Adozione di Protocolli operativi tra i soggetti che operano nei settori dell'istruzione, della formazione professionale e dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita ed integrazione del sistema Educazione degli Adulti (EDA) nei Piani Sociali Municipali.

F.3.5 Integrazione con i sistemi della Sicurezza e della Giustizia

Molte e differenziate sono le aree di connessione tra i servizi e gli interventi sociali con i sistemi preposti alla tutela della sicurezza dei cittadini e all'amministrazione della Giustizia. Ad esempio:

- ✓ ambito della *sicurezza* per la prevenzione e repressione dei reati (Corpo di Polizia Urbana, Questura, Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri);
- ✓ ambito dell'*emergenza* per la prevenzione e la gestione dei grandi rischi ambientali e sanitari (Protezione Civile, Croce Rossa Italiana);
- ✓ ambito della *giustizia* (Magistratura ordinaria e minorile, sistema di esecuzione penale).

Con tutte queste realtà gli operatori dei servizi sociali sono in contatto quotidianamente e intensi e in genere proficui sono i rapporti di collaborazione e coordinamento. Si evidenziano però anche criticità, dipendenti in gran parte dalle differenti culture organizzative a cui i diversi sistemi fanno riferimento, nonché, in alcuni casi, da carenze di risorse o da difficoltà di ordine normativo e regolamentare.

Nell'ambito del nuovo Piano saranno intensificati i rapporti con le realtà che si occupano della sicurezza, delle emergenze e della giustizia, mediante la sottoscrizione o la revisione di Accordi e di Protocolli operativi, in cui dovranno essere definiti non solo gli obiettivi da raggiungere, ma anche le responsabilità di ciascuno, i tempi, le procedure e le risorse impegnate.

Per quanto riguarda le persone sottoposte a misure giudiziarie, nella sezione dedicata a questo tema sono state descritti problemi e avanzate proposte concrete, che potranno essere definite mediante l'istituzione del "*Tavolo permanente per la programmazione e la governance delle iniziative sociali per l'esecuzione penale*".

Particolarmente intense sono le interrelazioni tra i servizi sociali e la Magistratura minorile. L'obiettivo da raggiungere in questo settore è la sistematizzazione dei rapporti tra il Centro per la Giustizia Minorile e i servizi territoriali, nonché la programmazione di iniziative volte a colmare "vuoti" di intervento su specifiche tematiche (per esempio, la mediazione penale).

Con il Tribunale Minorenni e con la Procura occorre trovare nuove modalità organizzative e di rapporto, in modo da sviluppare un "linguaggio comune" e la condivisione degli obiettivi, dei percorsi e dei tempi. In un quadro normativo frammentato e in qualche caso contraddittorio, la materia del rapporto tra servizi e Autorità Giudiziarie avrebbe avuto bisogno di una forte e costante azione di raccordo, anche perché in questi ultimi anni sono sopraggiunte anche importanti riforme che hanno lasciato ampi (e forse troppi) margini di incertezza¹⁰⁸ che hanno nei fatti reso più complesso, ma anche ambiguo e indefinito, il rapporto tra servizi, magistrature, avvocati.

Per affrontare questi problemi il Dipartimento ha rafforzato il suo ruolo di coordinamento, soprattutto attraverso le UIM (cfr. sopra), che tra l'altro hanno predisposto una sistematica raccolta dei dati relativa alla casistica proveniente dagli uffici giudiziari che si occupano di famiglie e minori. L'obiettivo è quello di raggiungere un buon equilibrio nei rapporti di collaborazione con le Autorità Giudiziarie, definendo reciproche competenze e modalità di relazione.

Obiettivo: Integrare i servizi sociali con i sistemi preposti alla sicurezza, all'amministrazione della giustizia e alla gestione delle emergenze

- ✓ Accordi tra Dipartimento Promozione dei Servizi sociali e della salute, Nucleo Assistenza Emarginati del Corpo di Polizia Urbana e Questura di Roma su specifiche aree di intervento.
- ✓ Piano di intervento per la prevenzione e la gestione delle emergenze sociali, in collaborazione con la Protezione Civile e la Croce Rossa Italiana.
- ✓ Istituzione del "Tavolo permanente per la programmazione e la governance delle iniziative sociali per l'esecuzione penale".
- ✓ Verifica ed eventuale revisione del Protocollo stipulato con il Centro Giustizia Minorile.
- ✓ Sottoscrizione di un accordo che stabilisca funzioni e ruoli del Tribunale dei Minorenni, della Procura presso il medesimo Tribunale e i Servizi sociali.

¹⁰⁸ Art.111 della Costituzione; giusto processo, L. 149/01 di modifica della 184/83 e della procedura del processo civile; L.54 del 2006 "Disposizioni in materia di separazione e affidamento condiviso dei figli".

G. LE RISORSE

G.1 Le risorse professionali

I servizi sociali costituiscono un *sistema di prossimità* ad alto contenuto relazionale. Non è dunque possibile raggiungere gli obiettivi proposti in questo Piano senza un forte investimento sulle professionalità sociali, principale fattore di qualità degli interventi. La loro efficacia dipende in gran parte da fattori che riguardano gli operatori sociali, come, ad esempio la loro distribuzione sul territorio; il mix di figure professionali presenti nelle equipe di lavoro; le competenze professionali e le motivazioni che li sostengono nel loro lavoro (da considerare "usurante" a tutti gli effetti, almeno per chi lavora "in prima linea"); le condizioni in cui operano e gli strumenti di cui possono disporre; la considerazione pubblica del loro ruolo (status).

G.1.1 Le risorse di Roma Capitale

Nel sistema dei servizi sociali di Roma Capitale, operano complessivamente 880 persone dipendenti dall'Amministrazione, di cui 81 (9%) con un contratto a termine¹⁰⁹ e 98 (11%) part-time. I professionisti con funzioni specifiche nella relazione d'aiuto alla persona e alla famiglia (assistenti sociali, pedagogisti, psicologi, educatori) ammontano complessivamente a 354 unità (40% di tutti i dipendenti), la maggior parte dei quali, come è intuibile, sono assistenti sociali (316). E' da rilevare che 37 di questi sono part-time e ben 53 con contratti a tempo determinato. La tabella G.1 presenta un quadro dei dipendenti impegnati a Roma nel settore dei servizi sociali.

Tabella G.1 Dipendenti di Roma Capitale impegnati nel sistema dei servizi sociali. Articolazione per categoria, profilo professionale e tipologia contratto (31.1.2011)

Categoria	Profilo professionale	Numero persone	di cui a tempo parziale	di cui a tempo determinato
Dirigente	Dirigente Amministrativo	10	0	2
	Dirigente Socio-Educativo	12	0	0
Cat. D	Assistente Sociale	316	37	53
	Funzionario Amministrativo	89	8	10
	Funzionario Servizi Sociali	19	4	0
	Pedagogista	3	0	0
	Psicologo	28	4	9
	Sociologo	3	1	0
	Altri funzionari	8	0	3
Cat. C	Educatore	7	3	0
	Istruttore Amministrativo	338	39	2
	Altri istruttori	5	0	0
	Altro personale	12	1	1
Cat. B	Operatore Servizi Supporto e Custodia	18	0	1
	Altri operatori	12	1	0
Totale		880	98	81

¹⁰⁹ Fonte: Dipartimento Servizi sociali, Ufficio "Azioni di sistema" (dati aggiornati al 31 gennaio 2011). In questa sede si considerano, se non diversamente specificato, solo il personale impegnato nel settore dei servizi sociali dei Municipi e nel Dipartimento Servizi sociali. In effetti, alcune persone appartenenti alla famiglia professionale sociale sono impegnati anche in altri Dipartimenti, ma il loro numero è particolarmente esiguo (e quindi ininfluenza ai fini della presente analisi).

G.1.2 La distribuzione territoriale

La distribuzione delle risorse umane tra i servizi centralizzati presso il Dipartimento Politiche sociali e i Municipi si attesta rispettivamente al 29% e al 71%. Diverso, come comprensibile, è l'equilibrio nella distribuzione degli assistenti sociali: l'85% di loro opera infatti nei Municipi. La tabella seguente presenta un quadro generale della suddivisione delle risorse umane tra il Dipartimento e i Municipi.

Tabella G.2 Dipendenti di Roma Capitale impegnati nel sistema dei servizi sociali. Articolazione per categoria, profilo professionale e distribuzione territoriale v.a. e % (31.1.2011)

Categoria	Profilo professionale	Dipartimento	%	Municipi	%	Totale
Dirigente	Dirigente Amministrativo	4		6		10
	Dirigente Socio-Educativo	1		11		12
Cat. D	Assistente Sociale	49	15	267	85	316
	Funzionario Amministrativo	41	46	48	54	89
	Funzionario Servizi Sociali	5		14		19
	Pedagogista	0		3		3
	Psicologo	9		19		28
	Sociologo	2		1		3
	Altri funzionari	8		0		8
Cat. C	Educatore	1		6		7
	Istruttore Amministrativo	111	33	227	67	338
	Altri istruttori	5		0		5
	Altro personale	3		9		12
Cat. B	Oper. Servizi Supporto e Custodia	5		13		18
	Altri operatori	9		3		12
	Totale	253	29	627	71	880

Tabella G.3 Personale assegnato ai Servizi Sociali dei Municipi per profilo prof. 31.1.2011

Profilo professionale	Municipi																				Tot.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20		
Dirigenti	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	
Ass. Sociale	12	13	11	16	14	17	15	14	16	15	19	15	23	14	10	8	11	14	10	267	
Funz. Amm.	1	2	3	4	2	4	0	2	3	4	2	3	5	2	2	4	2	2	1	48	
Funz. Serv. Soc.	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	1	2	0	1	14	
Pedagogista	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	
Psicologo	0	2	1	0	1	0	0	0	2	3	1	1	2	1	1	2	2	0	0	19	
Sociologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Educatore prof.	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	6	
Istr. Amministr.	10	3	3	11	8	17	18	24	9	16	6	13	20	11	7	6	20	16	9	227	
Ins. Sc. Infanzia Ed. Asilo Nido	0	2	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	9	
Oper. Custodia	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	0	2	1	13	
Altri operatori	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Totale	26	24	22	35	28	41	35	47	32	38	29	37	53	31	27	23	38	36	25	627	

Non si riesce a cogliere alcun criterio razionale alla base del riparto delle risorse umane nei Municipi, se non quello della consuetudine. E' evidente che la distribuzione non è collegata direttamente alla numerosità della popolazione residente. Si va da un dipendente ogni 2.404 residenti nel 3° Municipio a 6.386 nel 5° Municipio, con una media di 1 dipendente ogni 4.585 abitanti.

Ciò è particolarmente evidente per quanto riguarda gli assistenti sociali. Si va infatti da Municipi in cui vi è un assistente sociale ogni 4.808 abitanti (3°) ad altri in cui il rapporto è di 1 a 17.182 (8°). La paradossalità del dato consiste nel fatto che in alcuni casi si dà una correlazione negativa tra intensità del disagio sociale (Regione Lazio 2002) e personale addetto ai servizi sociali. E' chiaro, ad esempio, che il Municipio 8°, considerato unanimemente come quello con il più alto livello di disagio sociale, è anche quello che, proporzionalmente, ha meno assistenti sociali.

Grafico G.1 Rapporto abitanti/dipendenti dei servizi sociali municipali (31.1.2011)

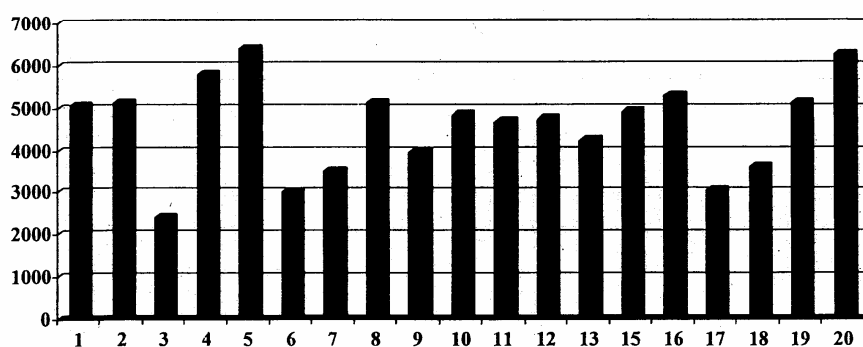


Tabella G.4 Rapporto tra popolazione e assistenti sociali per Municipio 31.1.2011

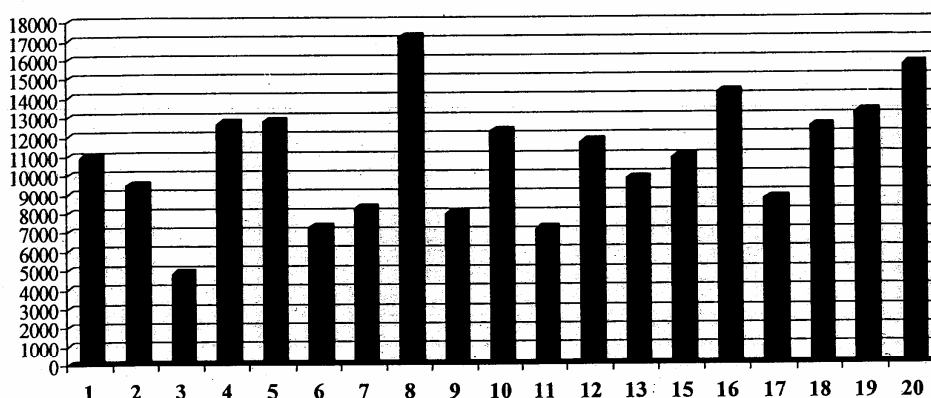
Municipio	N° residenti	N° assistenti sociali	N. abitanti per ogni Assistente Sociale
1	131.195	12	10.933
2	123.020	13	9.477
3	52.890	11	4.808
4	202.716	16	12.670
5	178.821	14	12.773
6	123.494	17	7.264
7	122.922	15	8.195
8	240.553	14	17.182
9	126.621	16	7.914
10	184.026	15	12.268
11	135.559	19	7.135
12	175.317	15	11.688
13	224.517	23	9.762
15	152.213	14	10.872
16	142.908	10	14.291
17	69.892	8	8.736
18	137.150	11	12.468
19	184.679	14	13.191
20	156.614	10	15.661
Totale Municipi		267	10.766
Dipartimento	2.874.558¹¹⁰	49	
Totale		316	9.098

¹¹⁰ Comprese 9.451 persone non localizzate.

A Roma in ogni Municipio vi è una media di un assistente sociale ogni 10.766 abitanti. Se si prendono in considerazione anche gli assistenti sociali che operano nel Dipartimento Servizi sociali, il rapporto si abbassa a 1 ogni 9.098 residenti.

I dati indicano comunque che il rapporto tra assistenti sociali e popolazione è molto lontano dagli standard proposti dalle organizzazioni rappresentative della professione sociale (1 ogni 5.000 abitanti).

Grafico G.2 Rapporto popolazione/assistenti sociali, per Municipio



G.1.3 Le risorse del Terzo Settore

Oltre alle risorse professionali in organico all'Amministrazione comunale, il welfare cittadino pubblico si avvale dell'apporto qualificato degli operatori della cooperazione sociale e dell'associazionismo.

La mappatura delle risorse impegnate in questo ambito è di difficile attuazione, in quanto comprende - nella logica della sussidiarietà - sia enti accreditati stabilmente per la gestione dei servizi alla persona e alla famiglia, sia organismi che hanno rapporti convenzionali occasionali con la Pubblica Amministrazione.

In ogni caso, si tratta di alcune migliaia di operatori qualificati che - pur inquadrati in organizzazioni di carattere imprenditoriale e associativo - operano a tutti gli effetti come nel sistema pubblico dei servizi e degli interventi sociali, attraverso forme convenzionali e di accreditamento.

G.1.4 Gli obiettivi di miglioramento

Nell'ambito del nuovo Piano saranno adottate le misure necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ valorizzare il ruolo delle professioni sociali, anche nei confronti dell'opinione pubblica, mediante azioni di comunicazione sociale sulla complessità delle situazioni affrontate e sui risultati raggiunti dai servizi;
- ✓ adeguare il numero delle risorse professionali assegnate al comparto dei servizi sociali (ruoli tecnici e amministrativi) alle reali esigenze operative, stabilendo mete graduali, compatibilmente alle risorse disponibili, sulla base di indicatori standard (anche attraverso la stabilizzazione lavorativa delle risorse umane con contratti a tempo determinato);
- ✓ realizzare un mix equilibrato delle diverse professionalità nelle équipes dei Servizi sociali municipali e dipartimentali, secondo standard validati;

- ✓ rivedere la distribuzione delle risorse professionali sul territorio, sulla base di indicatori oggettivi riferiti ai bisogni e alle domande della popolazione presente;
- ✓ migliorare le condizioni di lavoro del personale impegnato in attività sociali, sia dal punto di vista logistico, sia della dotazione strumentale¹¹¹;
- ✓ razionalizzare l'organizzazione e il contesto operativo, con particolare riferimento alla definizione di ruoli, funzioni e procedure, nonché all'equilibrio nel riparto dei carichi di lavoro;
- ✓ favorire il mutuo apprendimento nel coinvolgimento di risorse esterne all'Amministrazione (tirocinanti, giovani in servizio civile, ecc.) all'interno dei servizi sociali, in contesti controllati e adattati alle esigenze operative;
- ✓ migliorare le conoscenze e le competenze tecniche attraverso programmi pluriennali di aggiornamento e formazione continua, che coinvolgano sia le figure dirigenziali, sia le risorse professionali della cooperazione sociale e del terzo settore.

Uno strumento di grande rilevanza in questo contesto è costituito dalla supervisione. Gli operatori sociali si trovano infatti ad interagire con un contesto dinamico e in rapida evoluzione, con una domanda di interventi spesso pressante, che richiede abilità e competenze nel sostenere, accogliere e decodificare bisogni complessi, all'interno di contesti multiproblematici.

Sarà predisposto pertanto un *programma organico di supervisione* con l'obiettivo di consolidare l'identità professionale, accrescere la strumentazione metodologica, abilitare ad un processo costante di confronto con colleghi e dirigenti, prevenire il burn-out; ottimizzare le risorse; accrescere gli standard di qualità degli interventi.

G.2 Le risorse finanziarie

G.2.1 La spesa sociale e le risorse finanziarie

L'approvazione del Decreto Legislativo 17 settembre 2010 n. 156, in attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42 (istituzione di "Roma Capitale"), produrrà sostanziali cambiamenti anche nell'assetto amministrativo della città, con dirette conseguenze sul bilancio dei servizi sociali. In questo contesto in progress, le cui conseguenze sono ancora incerte, si rende opportuno partire da una presentazione sintetica del quadro della spesa sociale "storica".

Al riguardo, onde evitare interpretazioni fuorvianti e confronti non corretti, è necessario chiarire il significato dell'espressione "spesa sociale", che in questo contesto deve essere intesa limitatamente alla *spesa corrente del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e dei Municipi, finalizzata al finanziamento diretto dei servizi e degli interventi socio-assistenziali*.

Non sono dunque comprese le spese per la gestione e il funzionamento delle strutture e degli uffici comunali, né quelle relative al personale dipendente della Pubblica Amministrazione. Inoltre, non sono considerate tutte le spese per interventi di tipo sociale promossi da Dipartimenti diversi, come quello per le Attività educative e scolastiche, oppure quello per le Attività economiche, produttive, formazione e lavoro. Infine, nell'ambito del budget del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali, non sono considerate le spese per i servizi cimiteriali, anche se di competenza dello stesso Dipartimento.

I dati riportati nelle tabelle e nei grafici seguenti, elaborati sulla base delle informazioni dell'Ufficio "bilancio" del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali, differiscono in parte da

¹¹¹ Al riguardo, l'adozione della "cartella sociale" e l'implementazione del Sistema Informativo Sociale comportano necessariamente la disponibilità di adeguate postazioni informatiche connesse in rete.

quelli dell'indagine sulla spesa sociale dei Comuni, condotta con cadenza annuale dall'Istat, in collaborazione il Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico (Cisis).

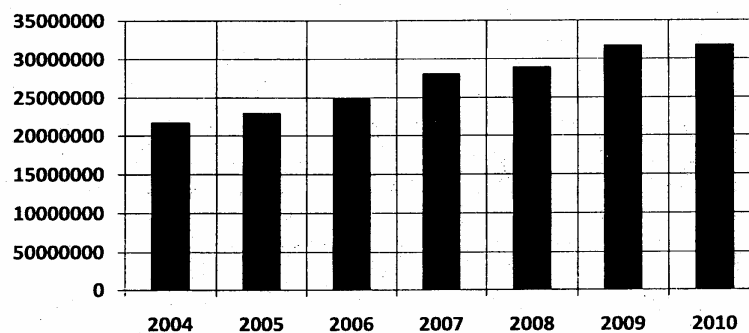
L'indagine ISTAT infatti prende in considerazione anche ambiti di intervento che in questa sede non sono considerati propriamente come "spesa sociale" (ad esempio gli asili nido e altri interventi socio-educativi). Non solo, ma l'ISTAT calcola anche le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni in conto capitale. Di conseguenza, non è possibile confrontare i dati qui esposti con quelli degli altri Comuni. Dalle informazioni disponibili, si può comunque affermare con una certa sicurezza che Roma si attesta nella fascia dei Comuni con il più alto indice di spesa sociale pro-capite.

Il primo dato che emerge dall'analisi delle risorse della città di Roma finalizzate al finanziamento dei servizi e degli interventi sociali è quello del *progressivo aumento della spesa*. In 6 anni, dal 2004 al 2010, le risorse finanziarie impegnate per i servizi e gli interventi sociali sono cresciute di oltre 101 milioni di euro, con un aumento medio annuo di circa il 7%.

Tabella G.5 Spesa sociale del Comune di Roma. Serie storica 2004-2010

Anni	Importi	Differenza su base annua	Scostamenti % su base annua	Differenza accumulata (anno riferimento: 2004)	Scostamenti % accumulati
2004	216.359.449	-	--	--	--
2005	227.993.449	+ 11.634.000	+ 5,38%	+ 11.634.000	+ 5,38%
2006	247.664.449	+ 19.671.000	+ 8,63%	+ 31.305.000	+ 14,47%
2007	280.122.449	+ 32.458.000	+ 13,11%	+ 63.763.000	+ 29,47 %
2008	288.793.493	+ 8.671.044	+ 3,10%	+ 72.434.044	+ 33,48%
2009	316.712.479	27.918.986	+ 9,67%	+100.353.030	+ 46,38%
2010	317.518.715	806.236	0,25%	+101.159.266	+ 46,76%

Grafico G.3 Evoluzione della spesa sociale del Comune di Roma. Periodo 2004-2010



La maggior parte di queste risorse proviene direttamente da Roma Capitale (le risorse trasferite dalla Regione e dallo Stato erano pari al 34,5% nel 2009 e al 31,89 nel 2010).

Entrando nel dettaglio del bilancio di questi due ultimi anni, si può constatare come Roma Capitale in quest'ultimo anno abbia non solo compensato con proprie risorse la forte diminuzione dei trasferimenti statali e regionali (complessivamente -7.992.115), ma abbia aumentato di circa 800.000 Euro il budget complessivo finalizzato al finanziamento dei servizi sociali.

Tabella G.6 Spesa sociale per fonte di finanziamento. Anni 2009 e 2010

	2009		2010		Differenza	
	Importo	%	Importo	%	Importo	%
Bilancio comunale	207.476.851	65,5	216.275.202	68,11	8.798.351	2,6
Fondi statali/regionali	109.235.628	34,5	101.243.513	31,89	-7.992.115	-2,6
Totale fondi	316.712.479	100	317.518.715	100	806.236	--

Se si considera la destinazione della spesa sociale, si constata come quasi la metà delle risorse sia finalizzata a finanziare interventi e servizi per anziani (26,30%) e minori (22,47%). In terza posizione vi è il settore della disabilità (20,88%). Seguono, molto distanziate, le aree relative all'immigrazione (comprese le popolazioni Rom: 9,27%) e al disagio sociale (6,33%). Tutte le altre voci di spesa sono inferiori al 5%.

Se si considera la titolarità della spesa, si nota come ai Municipi viene trasferito il 48,45% delle risorse complessive. Il resto è gestito dal Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute (46,65%)¹¹² e, in misura limitata (4,90%), ad altri Dipartimenti.

Tabella G.7 Risorse finanziarie per Ente di riferimento e tipologie di intervento. Valori assoluti e percentuali (2010)

Macro-voci di spesa	Municipi	Dip. servizi sociali	Altri Dip.	Totale	% su totale
Minori	52.025.784	18.509.009	816.091	71.350.884	22,47
Disagio Sociale	12.651.735	5.830.458	1.616.500	20.098.693	6,33
Disabilità	38.275.246	28.018.598	0	66.293.844	20,88
Case di Riposo e servizi anziani	36.381.442	47.115.945	0	83.497.387	26,30
Salute mentale	60.000	7.283.605	0	7.343.605	2,31
Immigrati e Rom	246.442	29.190.809	0	29.437.251	9,27
Fondi indistinti L. 328/00	14.021.630	0	0	14.021.630	4,42
Emergenza - Senza fissa dimora	175.000	10.334.971	0	10.509.971	3,31
Ass. domiciliare malati di AIDS	0	1.849.450	0	1.849.450	0,58
Assistenza alloggiativa	0	0	9.232.000	9.232.000	2,91
Agenzia Com. Tossicodipendenze	0	0	3.884.000	3.884.000	1,22
TOTALE	153.837.280	148.132.844	15.548.591	317.518.715	100
Percentuale	48,45	46,65	4,90	100	

G.2.2 La strategia e gli obiettivi

I provvedimenti adottati dal Governo nazionale in risposta alla crisi economico-finanziaria che ha colpito anche il nostro Paese hanno posto dei forti vincoli alla spesa pubblica degli Enti locali e hanno ridotto drasticamente i trasferimenti monetari anche nei confronti di Roma Capitale. In questo contesto, non è possibile mantenere il trend di crescita della spesa sociale degli ultimi anni, mentre appare un obiettivo realistico per il 2012 - anche se non certo facile - quello di *salvaguardare il livello di risorse già assegnato negli anni precedenti*.

¹¹² È da precisare che in questa distribuzione sono calcolati come gestiti dal Dipartimento per la promozione dei servizi sociali anche i circa 15 milioni di Euro per i servizi funebri e cimiteriali, che sono assegnati all'AMA. Al netto di questo importo, i fondi gestiti dal Dipartimento sono di poco superiori a quelli ripartiti ai Municipi.

Già a partire dal 2012, se le condizioni strutturali dell'economia pubblica lo consentiranno, per l'avvio e il consolidamento delle misure previste nel Piano (cfr. il Piano operativo, più avanti), si prevede comunque un ulteriore impegno di 6 milioni di euro anno e di 2 milioni di euro *una tantum*.

Si tratta di una manovra che tiene conto realisticamente dei vincoli attuali, che potrà essere corretta successivamente, sulla base del quadro economico generale della città.

Al fine di consentire l'attuazione del programma, nel rispetto delle risorse finanziarie disponibili, si agirà in quattro direzioni:

1. maggiore efficienza, attraverso azioni di miglioramento dell'organizzazione, l'adozione di strumenti di project management, la razionalizzazione degli interventi, l'eliminazione di sprechi e la riduzione del peso (e dei relativi costi) della burocrazia;
2. maggiore equità, mediate la concentrazione delle risorse sulle prestazioni essenziali e sull'intensità del bisogno, la riduzione di "interventi spot", la redistribuzione delle risorse tra i territori e tra i gruppi target secondo criteri oggettivi;
3. maggiore sussidiarietà, attraverso la condivisione delle responsabilità sociali e l'integrazione delle risorse di tutti gli attori sociali impegnati nel bene comune della città;
4. maggiore capacità di accesso ai finanziamenti provenienti da fonti esterne (in particolare dai Fondi strutturali europei).

Il Piano Regolatore Sociale, dal punto di vista economico-finanziario, intende tradurre tale strategia nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) favorire la programmazione e la gestione della spesa sociale a livello cittadino;
- b) razionalizzare i criteri per il riparto dei fondi sia tra i servizi cittadini e i servizi territoriali, sia tra i singoli Municipi, sia, infine, tra i diversi gruppi target e le diverse tipologie di intervento;
- c) assicurare la sostenibilità della spesa per i servizi e gli interventi sociali sul medio - lungo periodo.

Obiettivo a) *Favorire la programmazione e la gestione della spesa sociale a livello cittadino.*

Per raggiungere questo obiettivo, nel rispetto della normativa del settore, si rende necessario istituire un *Fondo unico per i servizi sociali*, alimentato con risorse proprie di Roma Capitale, con finanziamenti della Regione, dello Stato e dell'Unione Europea, nonché le risorse provenienti dalla partecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni sociali. Nell'ambito del *Fondo unico per i servizi sociali*, tenendo conto delle esigenze del Sistema Informativo Sociale (cfr. sopra), saranno rivisti e ricodificati i Centri di costo dei servizi sociali, in modo da rendere più facile l'identificazione delle risorse destinate ai diversi gruppi target e alle diverse tipologie di intervento.

Obiettivo b) *Razionalizzare i criteri per il riparto dei fondi sia tra i servizi cittadini e i servizi territoriali, sia tra i singoli Municipi, sia, infine, tra i diversi gruppi target e le diverse tipologie di intervento.*

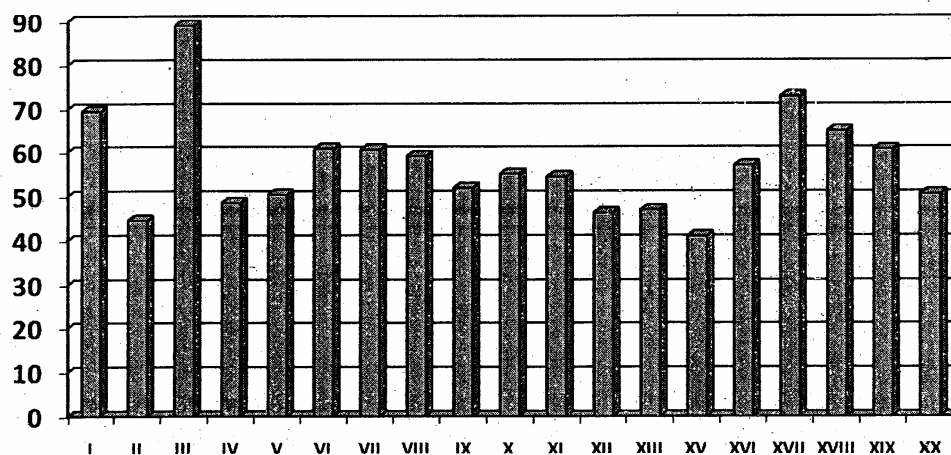
In concomitanza con la revisione dell'assetto dei Municipi romani, previsto dal Regolamento attuativo per Roma Capitale, si rivedranno i criteri da utilizzare per il riparto delle risorse finanziarie tra i diversi territori. A tal fine, preliminarmente saranno identificati gli indicatori più idonei a rappresentare i bisogni sociali delle diverse aree della città, superando il concetto di "spesa storica". Attualmente infatti il riparto è sostanzialmente basato solo su questa. Analizzando il solo rapporto della spesa sociale con la popolazione residente (comunque insufficiente a rappresentare il fabbisogno), emergono differenze tra i Municipi che in alcuni casi superano il 100% della spesa sociale pro-capite.

Questa si attesta su una media di quasi 55 euro, ma in alcuni Municipi arriva a quasi 90 euro (3° Municipio), mentre in altri si attesta a poco più di 40 euro (15° Municipio). Tali differenze non sembrano avere comunque alcuna relazione con la domanda sociale del territorio.

Tabella G.8 Distribuzione della spesa sociale per Municipio v.a. e pro-capite (2009)

Municipio	N° residenti	Spesa sociale (2009)	Spesa pro-capite (2009)
I	126.703	8.797.275	69,43
II	122.785	5.467.5450	44,53
III	53.361	4.752.506	89,06
IV	199.771	9.683.195	48,47
V	178.587	8.989.528	50,34
VI	123.373	7.489.570	60,71
VII	121.993	7.380.703	60,50
VIII	224.672	13.267.992	59,05
IX	126.630	6.563.702	51,83
X	181.929	10.010.642	55,02
XI	135.852	7.383.403	54,35
XII	171.650	7.933.642	46,22
XIII	216.515	10.144.239	46,85
XV	150.876	6.182.376	40,98
XVI	142.011	8.083.484	56,92
XVII	70.459	5.131.702	72,83
XVIII	135.100	8.780.218	64,99
XIX	181.645	11.000.184	60,56
XX	147.697	7.445.523	50,41
Totale	2.811.609	154.487.433	54,95

Grafico G.4 Spesa sociale pro-capite, per Municipio. Anno 2009



Obiettivo c) Assicurare la sostenibilità della spesa per i servizi e gli interventi sociali sul medio-lungo periodo.

I dati demografici e le linee di tendenza presentate nella prima parte documentano con evidenza l'aumento progressivo dei bisogni sociali, a cui, negli ultimi anni, come si è visto sopra, si è risposto con un aumento costante della spesa sociale.

Tale risposta appare evidentemente poco sostenibile sul medio e lungo periodo. Se infatti si proiettasse nei prossimi 5 anni la tendenza osservata tra il 2004 e il 2010, che ha registrato un aumento medio annuo di circa il 9%, nel 2015 la spesa sociale di Roma Capitale dovrebbe attestarsi sui 471 milioni di euro, con un aumento di ben 140 milioni rispetto al 2010. Un'ipotesi che, alla luce del quadro generale della finanza pubblica nell'attuale congiuntura di crisi economico-finanziaria, appare francamente non percorribile.

Questi dati mostrano con chiarezza che esiste un problema strutturale per la sostenibilità del finanziamento del sistema di welfare locale, così come si è venuto costituendo negli ultimi 15-20 anni, soprattutto se si considera il prevedibile aumento dei bisogni sociali derivante dalle dinamiche illustrate precedentemente.

Saranno adottate tutte le misure utili per rafforzare la capacità di Roma Capitale e delle organizzazioni che operano nel territorio romano di accedere ai finanziamenti nazionali e dell'Unione Europea.

Inoltre saranno rinegoziati con la Regione Lazio i criteri e gli indicatori utilizzati per il riparto dei finanziamenti, superando le obsolete e discutibili analisi utilizzate finora¹¹³, che hanno penalizzato la città di Roma.

¹¹³ Il Rapporto CENSIS 2002, utilizzato dalla Regione Lazio come uno dei criteri per il riparto dei fondi, assegna al Comune di Roma una "quota" di disagio pari al 24% di tutto il disagio presente nel Lazio. Dal momento che la popolazione residente nel Comune di Roma è pari a circa il 50% di quella di tutto il Lazio, ne risulta che mediamente il disagio sociale degli abitanti degli altri comuni del Lazio sarebbe più che doppio rispetto a quello degli abitanti di Roma. Questo dato ha conseguenze dirette sul riparto dei fondi da parte della Regione Lazio (cfr. Determinazione n° D3762 del 27 settembre 2004). A Roma Capitale vengono assegnate risorse finanziarie inferiori a quanto spetterebbe sulla base della popolazione residente e del reale disagio sociale esistente nella città. (Cfr. Allegato A della Deliberazione della Giunta Regionale 25 ottobre 2002 n. 1408, pubblicata sul *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. Supplemento Ordinario n. 3 al "Bollettino Ufficiale" n. 35 del 20 dicembre 2002*).

H. IL PROGRAMMA OPERATIVO

Nelle sezioni precedenti sono state presentate diverse proposte per l'innovazione e il miglioramento dei servizi e degli interventi sociali. In questo capitolo tali azioni sono raccolte e organizzate in una programmazione operativa che distribuisce le **102 azioni** in **20 obiettivi operativi**, a loro volta raggruppati in **4 macro-aree** di intervento (cfr. tabelle H 1, H 2, H 3, H 4).

Delle 102 azioni del Programma operativo:

- 50 sono azioni di tipo procedimentale ed organizzativo** che possono essere realizzate senza costi finanziari aggiuntivi
- 24 sono azioni che saranno finanziate con l'ottimizzazione delle risorse già programmate** nel bilancio di Roma Capitale o trasferite dalla Regione Lazio o dallo Stato (ad esempio la Legge 285/97)
- 4 sono azioni il cui costo non è al momento stimabile**, in quanto richiedono analisi approfondite che saranno realizzate nel corso dell'attuazione del nuovo Piano
- 24 sono azioni che richiedono risorse finanziarie aggiuntive stimate in 6 milioni annui e 2 milioni una tantum** (cfr. tabella H 5).¹¹⁴

H.1 Area di intervento: architettura, governance e qualità del sistema

Obiettivo operativo 1. Creare un nuovo equilibrio nei rapporti tra Città e Municipi, favorendo il coinvolgimento di tutti gli stakeholder nella pianificazione e realizzazione dei servizi sociali, sulla base del principio di sussidiarietà

Azioni	Processi di attuazione
1.1. Regolamentazione delle competenze e delle funzioni in ambito sociale di Roma Capitale e dei Municipi	Partecipazione dell'Assessorato per le Politiche sociali al gruppo di lavoro incaricato della preparazione dello Statuto di Roma Capitale.
1.2. Istituzione della Conferenza permanente degli Assessori per le politiche sociali	Indicazione da inserire nello Statuto di Roma Capitale, con regolamento funzionale adottato Conferenza stessa.
1.3. Istituzione dei Tavoli Permanenti della Governance del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali	Delibera della Giunta Capitolina, su proposta dell'Assessore alle politiche sociali. Con l'occasione saranno rivisti i "Tavoli" esistenti, che dovranno coinvolgere i principali stakeholder.
1.4. Definizione delle modalità operative per assicurare un confronto regolare dei decisori delle politiche sociali con gli operatori e la cittadinanza	Organizzazione di "Forum tematici" ricorrenti (sul modello di quanto realizzato nella fase di preparazione del nuovo Piano). Azione promossa dalla Direzione del Dipartimento, in coordinamento con i competenti Uffici, sulla base di indirizzi dell'Assessore.
1.5. Istituzione di un Ufficio di co-progettazione e coordinamento delle IPAB operanti sul territorio di Roma Capitale	Previsione e implementazione di tale funzione nell'ambito della struttura organizzativa del Dipartimento (a carico della Direzione del Dipartimento, sulla base di specifiche linee di indirizzo da parte dell'Assessore).

¹¹⁴ La stima vuole rappresentare esclusivamente un ordine di grandezza che dovrà essere verificata e programmata in sede di discussione complessiva del Bilancio 2012 e del previsionale 2013.

Obiettivo operativo 2. Migliorare l'organizzazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali

Azioni	Processi di attuazione
2.1. Revisione dell'organizzazione funzionale del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali	Ridefinizione della struttura organizzativa e delle funzioni del Dipartimento, promossa dalla Direzione del Dipartimento stesso, in coordinamento con i competenti Uffici, sulla base di indirizzi dell'Assessore, in coerenza con il nuovo assetto di Roma Capitale e con le funzioni assegnate ai Municipi.
2.2. Rafforzamento del ruolo e delle funzioni degli Uffici dipartimentali per le azioni di sistema	Ridefinizione delle funzioni degli Uffici dipartimentali che si occupano delle "azioni di sistema", promossa dalla Direzione del Dipartimento in coordinamento con i competenti Uffici, al fine di costituire una vera e propria "cabina di regia" per il coordinamento e il monitoraggio del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali (cfr. creazione U.O. dedicata successivo punto 2.6).
2.3 Ridefinizione delle funzioni delle Unità Organizzative municipali preposte alla gestione dei servizi e degli interventi sociali	Ridefinizione della struttura organizzativa e delle funzioni delle UOSECS, promossa dai competenti Uffici, in coerenza con il nuovo assetto di Roma Capitale e con le funzioni assegnate ai Municipi.
2.4. Regolamentazione della composizione e delle funzioni degli <i>Uffici di Piano</i> municipali	Ridefinizione della struttura organizzativa e funzionale degli Uffici di Piano municipali, in coerenza con linee guida adottate con Deliberazione della Giunta capitolina, proposte da un gruppo di lavoro ad hoc.
2.5. Definizione di un modello organizzativo di Servizio Sociale a livello municipale e cittadino	Adozione del modello organizzativo da parte della Giunta Capitolina, sulla base di una proposta tecnica elaborata da un gruppo ad hoc, con la partecipazione delle rappresentanze della famiglia professionale sociale, nell'ambito degli accordi inter istituzionali con le ASL e tenendo conto delle professionalità da loro messe a disposizione.
2.6. Creazione di una Unità Organizzativa, all'interno del Dipartimento Politiche sociali, per l'attuazione e il monitoraggio degli interventi previsti dal Piano Regolatore Sociale e dalle azioni di sistema, che svolgerà anche le funzioni di "Osservatorio cittadino sulla condizione sociale"	<ul style="list-style-type: none"> a) Procedura a carico del Dipartimento competente, su proposta della Direzione del Dipartimento Politiche sociali. b) Selezione, a norma di legge, di un <i>service</i> di assistenza tecnica formato da esperti esterni, sulla base di un piano esecutivo elaborato dalla Direzione del Dipartimento Politiche sociali.

Obiettivo operativo 3. Migliorare la conoscenza dei fenomeni sociali, dei bisogni dei cittadini, dei servizi e della richiesta di interventi

Azioni	Processi di attuazione
3.1 Rafforzamento del Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) e integrazione/dialogo con altri sistemi informativi (statistico, sanità, lavoro, istruzione, casa...)	<ul style="list-style-type: none"> a) Integrazione delle risorse della U.O. di cui al punto 2.6 eventualmente con l'ausilio di esperti esterni (a cura della Direzione del Dipartimento). b) Sottoscrizione di Accordi con Istituzioni, Università e Centri di ricerca per l'ottimizzazione e l'integrazione dei dati.
3.2 Adozione della "Cartella sociale" su tutto il territorio cittadino	<ul style="list-style-type: none"> a) Messa a punto del software applicativo per la fruibilità della cartella b) Direttiva del Direttore del Dipartimento indicante tempi e modalità per l'estensione della Cartella sociale in tutti i servizi (dipartimentali e municipali). Il monitoraggio e l'assistenza tecnica competono alla U.O. di cui al punto 2.6.

Obiettivo operativo 4. *Garantire l'omogeneità nella qualità dei servizi e migliorando i rapporti tra Amministrazione, enti e cittadini*

Azioni	Processi di attuazione
4.1. Elaborazione criteri operativi e procedure per la selezione degli Enti gestori e per l'affidamento dei servizi, nel rispetto dei principi di appropriatezza, efficacia, efficienza (Allegato n. 10).	Adozione da parte della Giunta Capitolina di criteri operativi predisposti da un Gruppo di lavoro promosso dalla Direzione del Dipartimento, con la partecipazione dei Dirigenti municipali, della Ragioneria centrale e delle principali rappresentanze del Terzo Settore.
4.2. Elaborazione dello schema di riferimento per la redazione delle "Carte dei servizi alla persona e alla famiglia" per gli organismi richiedenti accreditamento (Allegato n. 10).	Adozione da parte dell'Assemblea Capitolina su proposta della Giunta Capitolina della Carta cittadina dei servizi sociali e dello Schema di riferimento per le Carte dei servizi sociali, sulla base di documenti predisposti dall'Ufficio "Azioni di sistema" del Dipartimento, con la partecipazione del Terzo Settore e degli Enti rappresentativi degli interessi dei beneficiari.
4.3. Riforma di assistenza domiciliare alla persona e alla famiglia, con il superamento dei "pacchetti di servizi" e del sistema di accreditamento degli Enti gestori	Adozione da parte della Assemblea Capitolina, su proposta della Giunta Capitolina, di un nuovo Regolamento per l'accreditamento degli Enti gestori dei servizi alla persona e alla famiglia e il funzionamento dei servizi, promosso dall'Assessorato alle Politiche Sociali, con la concertazione dei Municipi, delle Centrali cooperative e delle Organizzazioni Sindacali.

Obiettivo operativo 5. *Migliorare la qualità e l'efficacia del lavoro sociale*

Azioni	Processi di attuazione
5.1. Redistribuzione territoriale delle risorse professionali impegnate nel sistema dei servizi sociali, in relazione ai bisogni sociali della popolazione target	Adozione da parte della Giunta Capitolina di un programma di redistribuzione delle risorse professionali, sulla base di uno studio promosso dalle Direzioni dei Dipartimenti Politiche sociali e Risorse Umane, contenente indicatori oggettivi relativi ai bisogni e alle domande sociali dei diversi territori e gruppi target.
5.2. Graduale adeguamento delle risorse professionali assegnate al comparto dei servizi sociali, con riferimento a standard nazionali	a) Elaborazione di una ricerca sul fabbisogno standard del comparto sociale. b) Approvazione di un Piano di adeguamento delle risorse professionali, sulla base delle risorse finanziarie disponibili, tenendo conto dei vincoli normativi.
5.3. Miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori sociali, sia dal punto di vista logistico che della dotazione strumentale	Adozione da parte della Giunta Capitolina di un programma di adeguamento logistico e strumentale, sulla base delle conclusioni di uno studio sulle condizioni operative degli operatori sociali, realizzato dalla U.O. di cui al punto 2.6. del Dipartimento Politiche sociali, in collaborazione con gli Uffici di Piano municipali. In tale contesto saranno ridefiniti i processi e gli strumenti tecnologici informatici e telematici nell'organizzazione e gestione dei servizi sociali, con l'inclusione di tutti gli organismi in convenzione con la P.A.
5.4. Definizione delle procedure e della fruibilità per l'accesso ai servizi, favorendo l'individuazione di nuovi modelli organizzativi che prevedano l'apertura dei servizi al cittadino anche in orari non convenzionali	Adozione da parte della Giunta Capitolina, su proposta dell'Assessorato alle Politiche sociali, di Linee guida ad hoc, elaborate da un Gruppo di lavoro misto (Dipartimento - Municipi).

5.5. Realizzazione di un programma pluriennale di aggiornamento e formazione continua degli operatori e dei decisori impegnati nei servizi sociali	Previsione di un centro di costo per la formazione specifica degli operatori che lavorano nell'ambito dei servizi sociali (compresi quelli degli enti accreditati). Il Piano formativo sarà elaborato dalla U.O. di cui al punto 2.6., elaborato di concerto con il Dipartimento Risorse Umane, i Municipi, le Parti sociali e i rappresentanti delle famiglie professionali operanti nell'area del sociale (si prevede uno standard formativo di 300 beneficiari/anno).
5.6. Realizzazione di un programma pluriennale di supervisione degli operatori impegnati nel servizio sociale	Creazione di 5 gruppi di esperti nella relazione di aiuto sociale, presso i servizi sociali dei Municipi afferenti alla stessa ASL ("quadrante")
5.7. Creazione di un sistema sperimentale di certificazione della qualità sociale specifica per i servizi alla persona.	Adozione da parte della Direzione del Dipartimento Politiche Sociali di un modello sperimentale per la certificazione della qualità sociale, sulla base di criteri e indicatori specifici per i servizi e i progetti sociali, sulla base di uno studio realizzato dalla U.O. di cui al punto 2.6. e nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa europea.
5.8. Adozione di un sistema di valutazione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi sociali, sulla base della qualità del lavoro svolto, dei risultati ottenuti e della soddisfazione dei beneficiari.	Adozione da parte del Dipartimento Politiche sociali di un programma di valutazione dei servizi e degli interventi sociali, elaborato dalla U.O. di cui al punto 2.6., in collaborazione con l'Agenzia capitolina per il controllo della qualità e con gli enti rappresentanti dei cittadini e degli utenti. Affidamento della realizzazione del programma di valutazione a un Ente indipendente, esperto nel settore, selezionato a norma di legge.

Obiettivo operativo 6. Promuovere il Terzo Settore, il volontariato e i gruppi di auto-mutuo aiuto

Azioni	Processi di attuazione
6.1. Aumento della capacità operativa degli organismi del Terzo Settore, del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto	Le azioni saranno realizzate principalmente attraverso la Fondazione "Roma solidale".
6.2. Rilancio e riorganizzazione del progetto "Casa del volontariato e dell'associazionismo"	A tal fine sarà sottoscritto uno specifico Accordo per l'attuazione di un programma di interventi contenente un "pacchetto" di misure concordate con le rappresentanze degli enti no profit e del volontariato.
6.3. Assegnazione di strutture alle associazioni non profit, ai sensi della Delibera 26/96	

Obiettivo operativo 7. Migliorare la comunicazione sociale

Azioni	Processi di attuazione
7.1. Revisione dei modelli e degli strumenti della comunicazione sociale	Realizzazione di una ricerca-azione, da parte di un gruppo di lavoro misto (Dipartimenti Politiche sociali e Comunicazione Istituzionale), sui modelli e gli strumenti utilizzati nell'ambito della comunicazione sociale. Progettazione e realizzazione di un unico portale web istituzionale di servizio (con pagine dinamiche), a disposizione dei cittadini e degli operatori, che integri e metta in rete i siti internet e i data-base sui servizi e gli interventi sociali.
7.2. Attuazione di interventi di comunicazione sociale mirato a favorire la conoscenza	Adozione e realizzazione, da parte dell'Assessorato Politiche sociali in collaborazione con il Dipartimento Comuni-

dei bisogni sociali, l'accesso ai servizi, il lavoro svolto dagli operatori e dalle organizzazioni sociali	cazione Istituzionale, di un programma di comunicazione sociale che comprenda anche la realizzazione di campagne di sensibilizzazione per la promozione una cultura della solidarietà, di impegno civico e di lotta contro l'emarginazione, la violenza e lo stigma sociale
7.3. Redazione e diffusione periodica del "Bilancio sociale" sulle risorse impegnate, le attività realizzate e i risultati ottenuti nell'ambito dei servizi sociali di Roma Capitale	Attività a carico della U.O. di cui al punto 2.6, con l'assistenza tecnica, nei primi due anni, di un organismo esperto nel settore, selezionato secondo le norme di legge.

H.2 Area di intervento: integrazione dei sistemi

Obiettivo operativo 8. Integrazione socio-sanitaria

Azioni	Processi di attuazione
8.1. Creazione di una Struttura di coordinamento permanente tra Roma Capitale e Sistema sanitario regionale	Proposta di sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa tra l'Assessorato alle politiche sociali di Roma Capitale e gli Assessorati regionali preposti alle Politiche sanitarie e sociali, al fine di creare una Struttura permanente di coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria.
8.2. Adozione di un Programma d'azione interistituzionale per l'integrazione socio-sanitaria	Sottoscrizione di un Accordo di Programma Quadro (APQ) per l'integrazione socio-sanitaria nel territorio di Roma Capitale, sulla base di un documento programmatico elaborato dalla Struttura di coordinamento interistituzionale di cui sopra.
8.3. Istituzione in ogni Distretto/Municipio del Punto Unico di Accesso integrato con lo Sportello di Segretariato Sociale	Azione a carico della U.O. di cui al punto 2.6. e degli Uffici di Piano municipali, sulla base delle linee di indirizzo della Regione Lazio.
8.4. Completamento e rafforzamento delle "UIM" per l'integrazione dei servizi socio-sanitari per i minori	Redazione di uno specifico progetto attuativo da parte dell'U.O. Minori del Dipartimento Politiche sociali e salute, nel quadro del Piano di attuazione della legge 285/97.
8.5. Estensione del modello "UIM" ("servizi specialistici di quadrante ASL) alle persone anziane.	Redazione di uno specifico progetto attuativo da parte dell'U.O. Terza età e case di riposo del Dipartimento Politiche sociali e salute, nell'ambito del Piano di intervento per la riorganizzazione del sistema dei servizi per le persone anziane.
8.6. Ampliamento della collaborazione tra il personale sanitario e quello della Sala Operativa per le emergenze sociali	Sottoscrizione di Protocolli di intesa con le ASL, le Aziende Ospedaliere e l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, su iniziativa dell'Assessorato alle Politiche sociali.
8.7. Ampliamento e diffusione territoriale dei servizi di "sollevio" e per le "dimissioni protette"	Revisione degli Accordi già sottoscritti tra l'Assessorato alle Politiche sociali e le ASL, al fine di razionalizzare, migliorare e ampliare i servizi di sollevio temporaneo per i caregivers di persone non autosufficienti e per favorire le "dimissioni protette" dagli ospedali o case di cura.
8.8. Sostegno integrato alle persone affette da malattie rare e alle loro famiglie	Elaborazione e adozione di un programma integrato con le ASL per orientare e strutturare gli interventi permanenti nell'ambito delle malattie rare, in collaborazione con le associazioni dei familiari.
8.9. Revisione del regolamento d'igiene, sanità pubblica e veterinaria	Adozione da parte della Assemblea Capitolina, su proposta della Giunta Capitolina, del nuovo regolamento.

Obiettivo operativo 9. Integrare il sistema dei servizi sociali con le politiche del lavoro e del sostegno all'occupazione

Azioni	Processi di attuazione
9.1. Coordinamento operativo delle politiche sociali con le politiche attive del lavoro.	Istituzione di un Tavolo permanente, promosso dagli Assessori alle Politiche sociali e delle Attività economico-produttive, formazione e lavoro, che riunisca Enti, Parti sociali e organizzazioni con competenze specifiche nel settore dell'occupazione di persone socialmente vulnerabili. Armonizzazione delle azioni del Piano Regolatore Sociale con il "Piano per lo sviluppo locale e la buona occupazione".
9.2. Adozione di un programma integrato per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità o problemi di salute	Predisposizione di misure e interventi specifici - promossi dal Tavolo di cui al punto precedente - per sostenere l'occupazione delle persone con disabilità o problemi di salute, attraverso il lavoro subordinato o l'imprenditorialità sociale.
9.3. Realizzazione di un Job Center per favorire l'incontro fra domanda e offerta di lavoro in ambito sociale a livello cittadino e sviluppo degli interventi finalizzati a favorire l'incontro tra domanda e offerta per l'orientamento e l'inserimento lavorativo di soggetti appartenenti a fasce deboli (borse lavoro, tirocini, ecc.)	Il principale strumento per la realizzazione di questa azione - da realizzarsi nell'ambito delle attività della Fondazione Roma Solidale a partire dal secondo anno - è il Programma RETIS (Rete di Inclusione Sociale), sistema che collega i bisogni delle persone più vulnerabili e le realtà produttive del territorio.
9.4. Ampliamento ai Municipi dell'impianto normativo della Delibera n. 60/2010 che riserva almeno il "5%" degli appalti di beni e servizi da parte di Roma Capitale alla Cooperazione sociale "B".	Previsione di questa linea d'azione nell'ambito dei nuovi Piani sociali municipali.
9.5. Sperimentazione di un progetto per lo sviluppo di "fattorie sociali" nelle aree agricole della città	Affidamento ad un organismo specializzato nell'ambito dell'agricoltura sociale, al fine di mappare, mettere in rete e offrire formazione e assistenza tecnica alle realtà attive nel territorio di Roma Capitale nel settore dell'agricoltura sociale (creazione punti vendita "Km 0", percorsi di inclusione sociale per gruppi vulnerabili, spazi educativi e ricreativi per le famiglie, ecc.).

Obiettivo operativo 10. Integrare gli interventi assistenziali con i servizi per la casa e per la gestione del patrimonio pubblico

Azioni	Processi di attuazione
10.1 Revisione delle Delibere 154/97 e 163/98 per la prevenzione e il contrasto del disagio economico e abitativo (Allegato n. 11)	Adozione di una deliberazione della Giunta Capitolina, su proposta dell'Assessorato alle Politiche Sociali e dell'Assessorato al Patrimonio e alla Casa, al fine di ridefinire i parametri e gli strumenti per il sostegno alle famiglie con disagio sociale, garantendone un'omogenea applicazione in tutto il territorio cittadino.
10.2. Utilizzo a fini sociali dei beni confiscati alla criminalità organizzata	Richiesta di trasferimento alla Fondazione "Roma Solidale" dei beni confiscati alla criminalità organizzata con finalità sociali sulla base di criteri condivisi con l'Abecol (Agenzia per i Beni Confiscati nel Lazio).
10.3. Utilizzo a fini sociali dei beni assegnati dallo Stato a Roma Capitale, ai sensi della Legge 42/2009 ("federalismo demaniale")	Partecipazione dell'Assessorato alle Politiche sociali ai processi decisionali per la destinazione dei beni demaniali assegnati a Roma Capitale.

10.4. Ideazione e sviluppo di nuove iniziative e interventi di housing sociale	Partecipazione dell'Assessorato alle Politiche sociali ai processi decisionali per la destinazione di una quota del Piano Casa per il reperimento di nuove strutture per l'emergenza abitativa e per l'assegnazione di alloggi a soggetti ad alto disagio sociale.
10.5. Sostegno ai processi per la locazione di appartamenti a soggetti svantaggiati	Creazione, in collaborazione con Istituti di credito, di un Fondo rotativo di garanzia per i proprietari che affittano appartamenti a soggetti svantaggiati a prezzi concordati.

Obiettivo operativo 11. Integrare il sistema dei servizi sociali con i sistemi dell'istruzione e della formazione

Azioni	Processi di attuazione
11.1. Integrazione dei servizi socio-educativi e di quelli socio-assistenziali per gli alunni a rischio di dispersione scolastica e coordinamento dei programmi di accoglienza e assistenza dei minori stranieri con quelli di inserimento scolastico	Programma d'azione quadro elaborato da un Gruppo di lavoro interistituzionale (Dipartimenti Politiche educative, Dipartimento politiche sociali, Dipartimento Formazione professionale e Ufficio Scolastico Regionale), adottato con Accordo di Programma sottoscritto dai rispettivi Enti.
11.2. Misure per il miglioramento della qualità dell'inserimento scolastico degli alunni con disabilità o disagio psichico	<p>a) Creazione di un tavolo di lavoro tra il Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute ed il Dipartimento Servizi educativi e scolastici per definire le modalità di accesso.</p> <p>b) Ridefinizione delle funzioni e dei criteri di assegnazione del personale AEC, sulla base di una ricerca valutativa ad hoc, elaborata da un soggetto esperto indipendente, selezionato a norma di legge.</p> <p>c) Programma d'azione quadro, elaborato dal Gruppo di lavoro di cui al punto 11.1 (integrato con operatori ASL) per interventi di formazione, coordinamento e monitoraggio permanente.</p>
11.3. Inserimento degli interventi per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita (EDA) nella pianificazione sociale dei Municipi	Azione da realizzarsi nell'ambito dei Piani sociali municipali, in collaborazione con gli Uffici responsabili del coordinamento EDA a livello cittadino e con la U.O. di cui al punto 2.6. In particolare, i Comitati Locali EDA cureranno l'integrazione sul territorio tra i servizi di accoglienza per i migranti e i servizi dell'istruzione e della formazione. In tale contesto si potranno prevedere percorsi di formazione ad hoc per specifici gruppi target (ad esempio migranti).
11.4. Apertura di spazi di incontro socio-educativo nelle scuole	Su proposta dell'Assessore ai Servizi Sociali, sottoscrizione di un Protocollo fra Amministrazione Capitolina e Ufficio Scolastico Regionale per l'individuazione di criteri e modalità operativi per il prolungamento dell'orario di apertura degli edifici scolastici alle ore pomeridiane e la fruizione degli spazi da parte della cittadinanza

Obiettivo operativo 12. Integrare i servizi sociali con i sistemi preposti alla sicurezza, all'amministrazione della giustizia e alla gestione delle emergenze

Azioni	Processi di attuazione
12.1. Revisione dei Protocolli di Intesa con la Polizia urbana (NAE) e la Questura di Roma per la programmazione e la gestione delle attività di comune interesse	Azione promossa dalla Direzione del Dipartimento, sulla base di indirizzi dell'Assessorato Politiche sociali, in collaborazione con i Dirigenti delle rispettive U.O.

12.2. Istituzione del Tavolo permanente per la programmazione e la governance delle iniziative sociali nell'ambito dell'esecuzione penale	Azione inclusa nel quadro dell'azione 1.3 (cfr. sopra).
12.3. Definizione di un "Piano operativo settoriale" relativo agli interventi sociali per la popolazione sottoposta a misure nell'ambito dell'esecuzione penale	Adozione da parte della Giunta Capitolina di un Piano operativo elaborato dall'Assessorato alle Politiche sociali in collaborazione con la Consulta comunale per il carcere, il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale e le Istituzioni preposte all'amministrazione della Giustizia e dell'esecuzione penale.
12.4. Efficientamento dei rapporti interistituzionali: revisione dei Protocolli di Intesa con il Centro Giustizia Minorile e il Tribunale dei Minorenni, sottoscrizione di nuovi accordi e istituzione di un Tavolo interistituzionale permanente di programmazione e governance delle iniziative sociali rivolte a minori e giovani adulti sottoposti a provvedimento penale da parte dell'AA. GG. e alle loro famiglie	Azione da realizzarsi su iniziativa della U.O. Minori del Dipartimento Politiche sociali. L'Istituzione del Tavolo permanente di programmazione e governance avverrà con Delibera della Giunta Capitolina su proposta dell'Assessore competente
12.5. Sostegno all'azione del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, nominato ai sensi dell'Ordinanza del Sindaco n. 78 del 22 marzo 2011	Azione a carico della U.O. "Popolazioni migranti e inclusione sociale", sulla base di indirizzi dell'Assessore alle Politiche sociali

H.3 Area di intervento: miglioramento dei servizi

Obiettivo operativo 13. Migliorare i servizi e gli interventi per la cittadinanza in generale

Azioni	Processi di attuazione
13.1. Messa in rete e coordinamento dei Segretariati Sociali e dei Punti Unici di Accesso	Azione a cura della U.O. di cui al punto 2.6, in collaborazione con gli Uffici di Piano municipali.
13.2. Definizione di un Piano operativo per le emergenze sociali	Predisposizione del Piano operativo, a cura della Direzione del Dipartimento Politiche sociali, con il coinvolgimento della Sala Operativa Sociale, Protezione Civile e CRI.
13.3. Revisione e adeguamento delle strutture socio-assistenziali alla normativa regionale	Apertura di trattative con la Regione Lazio per la definizione dei requisiti dei strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, al fine di rivedere quanto disposto dalla L. R. 41/03. Assistenza tecnica agli organismi gestori da parte della U.O. di cui al punto 2.6.
13.4. Decentramento delle funzioni di tutela pubblica	Adozione da parte della Giunta Capitolina di un programma di decentramento della tutela pubblica attualmente in carico alla U.O. Minori del Dipartimento Politiche sociali, in collaborazione con le UIM, i Servizi sociali municipali e dei distretti sanitari. In questo ambito, sarà sostenuta la realizzazione di Corsi di formazione per aspiranti tutori volontari per i minori, promossi dal Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Lazio.
13.5. Istituzione di Registri municipali degli Amministratori di Sostegno	Revisione del Registro Amministratori di Sostegno Volontari (D.D. n. 3251/09) ed elaborazione di Linee Guida per la gestione dei Registri municipali, a cura del Dipar-

timento Politiche sociali.

Obiettivo operativo 14. Migliorare i servizi e gli interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale

Azioni	Processi di attuazione
14.1. Sperimentazione di nuovi strumenti per il contrasto della povertà	Adozione da parte della Giunta Capitolina, su proposta di un Gruppo di lavoro promosso dall'Assessorato alle Politiche sociali, con la partecipazione dei Municipi, di un programma sperimentale che permetta al Servizio sociale di realizzare identificare nuove modalità di intervento, utilizzando con maggiore flessibilità e autonomia una pluralità di strumenti per il superamento di situazioni di difficoltà economica, tenendo conto delle condizioni della persona e della rete locale di protezione sociale.
14.2. Sostegno ai gruppi di auto-aiuto e sviluppo degli interventi di "welfare leggero"	Co-progettazione - nell'ambito degli interventi della Fondazione "Roma Solidale" - di azioni mirate al monitoraggio, alla valorizzazione ed alla diffusione di iniziative di mutuo e auto aiuto.
14.3. Ampliamento del servizio di residenzialità provvisoria per persone che si trovano in condizioni di disagio abitativo in seguito a vicende familiari	Ampliamento del progetto "Casa dei papà" e delle strutture di accoglienza dei nuclei madre-bambino.

Obiettivo operativo 15. Migliorare i servizi e gli interventi per i migranti, richiedenti asilo e rifugiati

Azioni	Processi di attuazione
15.1. Revisione del modello organizzativo di accoglienza e di inserimento sociale dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei destinatari di protezione umanitaria	Adozione di una Delibera di Giunta capitolina, su proposta dell'Assessorato alle Politiche sociali. La Delibera dovrà prevedere una differenziazione e articolazione dell'accoglienza in <i>primaria</i> (di tipo assistenziale) e <i>secondaria</i> (finalizzata all'autonomia sociale), anche mediante la creazione di strumenti a sostegno dell'accesso all'housing sociale.
15.2. Implementazione di un sistema di monitoraggio integrato che, sulla base di indicatori coerenti, sappia accompagnare il processo di revisione del sistema di accoglienza e integrazione	Azione da realizzarsi in collaborazione con gli Uffici e gli organismi impegnati nel sistema di accoglienza e inserimento sociale, nell'ambito del Sistema Informativo Sociale e delle attività della U.O. di cui al punto 2.6.
15.3. Rafforzamento del servizio di mediazione interculturale	Intervento a cura della U.O. Popolazioni migranti e inclusione sociale, finalizzato all'ampliamento e all'aggiornamento del Registro pubblico dei Mediatori Interculturali, alla creazione di sistemi di mediazione a chiamata anche a distanza e all'attivazione di processi flessibili e dinamici che favoriscano l'interazione tra gli utilizzatori del mediatore e gli operatori iscritti al Registro.
15.4. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali nel settore dell'immigrazione e delle misure umanitarie per gli stranieri	Intervento da realizzare con moduli specifici nell'ambito dell'offerta formativa degli operatori sociali.

Obiettivo operativo 16. Migliorare i servizi e gli interventi per la salute e le persone con disabilità e disagio psichico

Azioni	Processi di attuazione
16.1. Riforma del modello di assistenza domiciliare per le persone con disabilità (SAISH)	Azione da realizzarsi nell'ambito del nuovo regolamento di accreditamento degli Enti fornitori dei servizi di assistenza alla persona e alla famiglia (cfr. 4.3).
16.2. Revisione del servizio di aiuto a carattere socio-assistenziale in favore delle persone affette da AIDS	
16.3. Ampliamento e consolidamento delle opportunità di inserimento lavorativo delle persone con disabilità e/o con disagio mentale	Adozione di un Programma d'azione interdipartimentale, elaborato con il supporto dell'associazionismo, della cooperazione e delle Parti sociali, che preveda una serie di interventi, tra cui il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli inserimenti lavorativi.
16.4. Ampliamento delle condizioni di accessibilità per le persone con disabilità	Eliminazione, a carico degli Uffici competenti, di alcune limitazioni alla mobilità delle persone con disabilità, attraverso un Protocollo interassessorile sull'accessibilità degli spazi a livello cittadino
16.5. Sostegno alla famiglia in occasione delle nascita di bambini con disabilità	Sottoscrizione di protocolli operativi tra servizi ospedalieri e servizi sociali territoriali per interventi integrati e precoci alle responsabilità genitoriali (su iniziativa dell'Assessorato alle Politiche sociali).

Obiettivo operativo 17. Migliorare i servizi e gli interventi sociali per le famiglie

Azioni	Processi di attuazione
17.1. Armonizzazione tra il Piano Regolatore Sociale e il Programma "Roma Città Famiglia", ai sensi della D. G. C. 71/2010	Tutti gli interventi previsti in questo settore sono realizzati in coordinamento con l'Assessorato alla Famiglia e Scuola, con il coinvolgimento dei Municipi, delle associazioni familiari, dei gruppi di volontariato e dei gruppi di auto-mutuo aiuto.
17.2. Introduzione di agevolazioni tariffarie per l'accesso a prestazioni sociali, che tengano conto della numerosità del nucleo familiare e delle funzioni di cura intrafamiliare, ai sensi della Delibera dell'Assemblea Capitolina del 7.10.2010	
17.3. Sviluppo e messa in rete di servizi sociali specifici per la famiglia con particolare riferimento al sostegno alla genitorialità e ai bisogni delle famiglie multiproblematiche, dei nuclei monogenitoriali, delle persone in uscita dal nucleo dopo la separazione e delle famiglie di recente costituzione	
17.4. Miglioramento dell'informazione per le famiglie, con un utilizzo più efficace sia della rete internet, sia di altri mezzi di comunicazione, con uno specifico spazio dedicato alla pubblicizzazione delle iniziative e dei servizi erogati a livello cittadino e municipale	

Obiettivo operativo 18. Migliorare i servizi e gli interventi per le persone in età evolutiva e per le nuove generazioni

Azioni	Processi di attuazione
18.1. Determinazione di una quota dei "livelli essenziali" delle prestazioni sociali da assicurare ai minori (Cfr. Progetto Pilota "LIVEAS garantiti" presentato durante gli "Stati Generali")	Adozione da parte della Giunta Capitolina, su proposta dell'Assessorato alle politiche sociali, di una quota di "livelli essenziali" delle prestazioni sociali da assicurare ai minori, con particolare riferimento a quelli privi di un valido sostegno familiare, elaborato da uno specifico Gruppo di lavoro coordinato dalla Direzione Dipartimentale, con il concorso degli attori territoriali operanti in questo settore.
18.2. Riformulazione e razionalizzazione dei progetti in attuazione della legge 285/97	Approvazione, da parte della Giunta capitolina, su proposta dell'Assessore delegato al coordinamento della legge 285/97, del quadro attuativo dei progetti in attuazione della legge 285/97, sulla base delle specifiche indicazioni contenute nel presente Piano Regolatore Sociale.
18.3. Consolidamento dei progetti di prevenzione di comportamento antisociale e della dispersione scolastica, anche attraverso percorsi di peer education e tutoring	Valutazione ed eventuale conferma delle schede progettuali contenute nei Piani Sociali Municipali relative alle diverse tipologie di interventi basati sulla peer education e sul tutoring
18.4. Potenziamento dei servizi di sostegno dell'affido familiare e adozione	Realizzazione di interventi di comunicazione, finalizzata all'informazione e alla sensibilizzazione dei soggetti potenzialmente interessati; nell'ambito dell'affido familiare promozione di progetti inerenti il sostegno alla famiglia di origine e alla famiglia affidataria
18.5. Ampliamento e razionalizzazione delle azioni di prevenzione di stili di vita dannosi per i minori, compresi quelli relativi a "nuove dipendenze"	Interventi da realizzarsi nell'ambito del quadro attuativo dei progetti legge 285/97
18.6. Studio di fattibilità per la ri-qualificazione dell'accoglienza residenziale per minori privi di valido sostegno familiare	Elaborazione studio di fattibilità e proposta di deliberazione linee guida per la ri-qualificazione dell'accoglienza residenziale per minori privi di valido sostegno
18.7. Estensione a tutta la città dei progetti per accompagnare i minori in uscita dalle strutture residenziali	Previsione di questa azione a carico della U.O. Minori del Dipartimento Politiche sociali e nell'ambito dei Piani Sociali Municipali.
18.8. Rafforzamento e messa in rete dei Centri e dei programmi di aggregazione e socializzazione per adolescenti	Azione da realizzarsi nell'ambito del quadro attuativo dei progetti della legge 285/97. Dovrà prevedere azioni tese alla prevenzione del disagio sociale dei minori su tutto il territorio cittadino, con particolare attenzione alle aree periferiche che esprimono maggiori bisogni in questo ambito. Per aumentare l'efficacia dell'intervento saranno coinvolti anche altri soggetti (istituzionali e non) operanti nel settore.
18.9. Integrazione con gli interventi programmati nell'ambito del Piano Locale Giovani di Roma Capitale	Intervento da realizzarsi sotto il coordinamento dell'Assessorato alla Famiglia e Scuola.

Obiettivo operativo 19. Migliorare i servizi e gli interventi sociali per le persone anziane

Azioni	Processi di attuazione
19.1. Sviluppo di iniziative finalizzate a promuovere le responsabilità civiche delle persone anziane e l'invecchiamento attivo	Interventi di promozione, coordinamento e monitoraggio delle opportunità per l'impegno volontario delle persone anziane a cura della Fondazione "Roma solidale" (Cfr. Obiettivo operativo 6).

19.2. Potenziamento degli interventi di "welfare leggero"	Interventi a carico dei Municipi e della Fondazione Roma Solidale, che assume anche il compito del loro coordinamento e monitoraggio.
19.3. Riforma del modello di assistenza domiciliare SAISA e abbattimento delle liste di attesa, anche mediante soluzioni innovative	Intervento da realizzarsi nell'ambito del nuovo modello di accreditamento degli Enti fornitori dei servizi (cfr. Azione 4.3).
19.4. Promozione dell'amministratore di sostegno per anziani vulnerabili	Intervento a cura della U.O. Terza età e Case di riposo presso il Dipartimento Politiche sociali, in collaborazione con l'Ufficio Tutela pubblica presso la U.O. Minori, con i servizi sociali municipali, i servizi territoriali delle ASL e gli organismi del volontariato e del terzo settore.
19.5. Riorganizzazione del sistema delle Case di riposo comunali per anziani	Adozione da parte della Giunta Capitolina, su proposta dell'Assessorato alle Politiche sociali, di un programma operativo predisposto dalla U.O. Terza età e Case di riposo presso il Dipartimento Politiche sociali, in collaborazione con gli Uffici del Dipartimento per il Patrimonio di Roma Capitale.
19.6. Revisione del Regolamento per l'accesso alle Case di riposo di anziani in gravi condizioni di fragilità sociale e per l'assistenza a persone con fragilità sociali in età 60-65 anni	Adozione da parte della Assemblea Capitolina, su proposta della Giunta Capitolina, di provvedimenti di modifica delle delibere Commissario Straordinario n. 1563/89 e 42/2008.
19.7. Stimolazione della partecipazione attiva degli anziani alla progettazione, organizzazione e gestione delle attività culturali e ludico-ricreative all'interno dei centri anziani (Allegato n. 12).	Attribuzione ai Centri anziani di una personalità giuridica attraverso la trasformazione in associazioni senza fini di lucro.

H.4 Area di intervento: pianificazione economico-finanziaria

Obiettivo operativo 20. Favorire la programmazione e la gestione della spesa sociale, assicurando equità nel riparto delle risorse e la sostenibilità della spesa

Azioni	Processi di attuazione
20.1. Istituzione del "Fondo unico di Roma Capitale per i servizi e gli interventi sociali"	Interventi a cura degli organi preposti alla formazione e gestione del Bilancio di Roma Capitale, con la collaborazione della Direzione del Dipartimento Politiche sociali, da realizzarsi tenendo conto delle tassonomie nazionali e regionali, nonché delle esigenze del Sistema Informativo Sociale.
20.2. Ricodificazione dei Centri di costo collegati alla spesa sociale	
20.3. Revisione dei criteri e degli indicatori utilizzati per il riparto dei fondi tra i Municipi	Adozione da parte degli Organi competenti - su proposta dell'Assessorato alle Politiche sociali, di concerto con i Municipi - di una Direttiva per il riparto complessivo delle risorse destinate al finanziamento dei servizi e degli interventi sociali, sulla base di indicatori oggettivi, secondo criteri di equità, riferiti esplicitamente al bisogno e alla domanda sociale del territorio.
20.4. Promozione della corresponsabilità delle organizzazioni della società civile nel finanziamento della spesa sociale	Azione promossa dall'Assessorato alle Politiche sociali per mezzo della Fondazione Roma Solidale da realizzarsi con il concorso delle rappresentanze delle imprese, del mondo finanziario, delle fondazioni, delle IPAB, della Cooperazione sociale e del welfare privato in generale.
20.5. Revisione dei criteri e delle modalità utilizzate per il calcolo e il trasferimento dei fondi della Regione Lazio destinati alla spe-	Rinegoziazione tra Roma Capitale e Regione Lazio - a cura dei rispettivi Assessorati alle Politiche sociali - dei criteri e degli indicatori utilizzati per il riparto dei fondi de-

sa sociale di Roma Capitale	stinati a finanziare la spesa sociale, superando, tra l'altro, l'obsoleto riferimento allo studio del Censis (2002), nonché dei tempi e delle modalità del loro trasferimento.
20.6. Adozione di misure specifiche per la razionalizzazione della spesa sociale	Disegno e realizzazione di una ricerca-azione, a cura della U.O. di cui al punto 2.6., in collaborazione con la Direzione "Razionalizzazione della spesa" presso la Direzione esecutiva di Roma Capitale. La ricerca è affidata a un soggetto indipendente ed è volta ad identificare aree di ottimizzazione delle risorse nei processi di programmazione e gestione del sistema cittadino dei servizi e degli interventi sociali.
20.7. Organizzazione di un servizio per l'accesso sistematico ai finanziamenti nazionali ed europei destinati all'inclusione sociale e alla lotta alla povertà	La Fondazione Roma Solidale assicurerà la progettazione di specifici interventi destinati alla lotta alla povertà, al miglioramento della salute e all'inclusione sociale dei gruppi più vulnerabili.

Tabella H 5 Sintesi dei costi stimati per le sole azioni che prevedono impegni aggiuntivi

Cod.	Azione	Risorse aggiuntive	
		costo annuo	una tantum
3.1	Rafforzamento integrazione del sistema informativo sociale (SIS)	250.000	250.000
4.3.	Riforma del modello di accreditamento degli Enti gestori dei servizi di assistenza domiciliare alla persona e alla famiglia	2.000.000	1.000.000
5.3.	Miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori sociali	0	330.000
5.5.	Aggiornamento e formazione operatori e decisori	200.000	0
5.6.	Supervisione degli operatori impegnati nel servizio sociale	200.000	0
5.7.	Sistema di certificazione della qualità sociale	50.000	30.000
5.8.	Sistema di valutazione delle prestazioni e dei servizi sociali	250.000	0
6.1.	Aumento della capacità operativa degli organismi del Terzo Settore, del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto	300.000	0
6.2.	Rilancio "Casa del volontariato e dell'associazionismo"		
7.3.	Redazione e diffusione del "Bilancio sociale" di Roma Capitale	100.000	0
8.5.	Estensione del modello "UIM" alle persone anziane.	250.000	0
8.7.	Ampliamento servizi di "sollievo" e le "dimissioni protette"	400.000	0
8.8.	Sostegno persone affette da malattie rare e alle loro famiglie	0	50.000
9.3.	Sviluppo del programma RETIS	500.000	0
9.5.	Sperimentazione progetto "fattorie sociali"	100.000	0
10.5.	Sostegno per la locazione di affitti a gruppi svantaggiati	0	300.000
11.2.	Misure per il miglioramento della qualità dell'inserimento scolastico degli alunni con disabilità o disagio psichico	0	40.000
12.5.	Sostegno all'azione del Garante dei diritti dei detenuti	150.000	0
14.2.	Sostegno gruppi auto-aiuto e interventi di "welfare leggero"	300.000	0
15.1.	Revisione modello di accoglienza e di inserimento sociale richiedenti asilo, rifugiati e destinatari di protezione umanitaria	500.000	0
15.3.	Rafforzamento del servizio di mediazione interculturale	50.000	0
18.2.	Riformulazione del Piano cittadino legge 285/97	200.000	0
19.1.	Sviluppo di iniziative finalizzate a promuovere le responsabilità civiche delle persone anziane e l'invecchiamento attivo	100.000	0
20.6.	Misure per la razionalizzazione della spesa sociale	100.000	0
	Totale	6.000.000	2.000.000

I. L'ATTUAZIONE DEL PIANO

Il Piano è uno strumento dinamico e la pianificazione un'attività continua, con un ciclo di vita articolato in fasi tra loro interdipendenti. La definizione e la costruzione del Piano sono da ritenersi come un processo che passa in modo circolare alla programmazione, alla realizzazione, alla verifica dei risultati, all'acquisizione di nuove informazioni, alla ri-pianificazione.

Una visione semplicisticamente lineare di questo processo può ridurre lo slancio programmatico ad un "momento" vissuto come aggiuntivo (e quindi eccezionale) rispetto all'agire funzionale "normale". Ecco allora che i documenti di pianificazione sociale, anche se elaborati con interesse competente, vengono facilmente "dimenticati". La loro portata innovativa viene pian piano assorbita dalle continue "emergenze" che caratterizzano il settore degli interventi sociali o, più semplicemente, dalla forza d'inerzia della consuetudine. Per superare questi rischi, che già in passato hanno inciso negativamente sull'attuazione del primo Piano Regolatore Sociale, sono previste misure concrete per accompagnare, sostenere, monitorare e governare la fase di attuazione del nuovo Piano. La seguente tabella descrive in modo sintetico tali misure, con le azioni previste.

Tabella I 1 Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano Regolatore Sociale

Misure	Azioni previste
Comunicazione	⇒ Diffusione (anche on line) del testo del nuovo Piano Roma Capitale, in un formato standard facilmente scaricabile.
	⇒ Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica degli elementi più significativi del nuovo Piano
	⇒ Organizzazione di un Convegno cittadino per la presentazione del Piano, con la partecipazione dei principali attori del welfare locale.
	⇒ Diffusione dei Report di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano e dei Documenti di aggiornamento.
Monitoraggio, controllo e valutazione dell'attuazione del nuovo Piano	⇒ Creazione di una Unità Organizzativa presso il Dipartimento Politiche sociali, finalizzata a sostenere la realizzazione e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano.
	⇒ Attivazione di una "Commissione per l'attuazione del Piano Regolatore Sociale", con il compito di accompagnare i processi di realizzazione e di monitorarne i risultati.
	⇒ Analisi dei Piani municipali per verificare la loro coerenza con i principi e le indicazioni operative del nuovo Piano.
	⇒ Affidamento ad un soggetto indipendente esperto di una valutazione complessiva dell'attuazione del Piano, contenente i punti di forza e le criticità riscontrate
	⇒ Redazione di un Report finale, propedeutico all'elaborazione di un nuovo Piano
Aggiornamento e riprogrammazione delle attività	⇒ Il Piano ha una durata quinquennale, a partire dalla sua adozione formale da parte dell'Assemblea Capitolina. Per ragioni meramente pratiche, la denominazione riporta comunque la dizione 2011-2015.
	⇒ A partire dal terzo anno, la Giunta Capitolina predisporrà un documento di aggiornamento e riprogrammazione delle attività del Piano, sulla base delle risultanze delle attività di monitoraggio e valutazione, nonché delle risorse effettivamente disponibili.

Grafico I 1 Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano Regolatore Sociale¹¹⁵

Azione	2011	2012	2013	2014	2015
Approvazione in Assemblea Capitolina e pubblicazione del testo del nuovo Piano sul sito internet di Roma Capitale	■				
Convegno di presentazione del nuovo Piano con la partecipazione degli attori del welfare locale		■			
Redazione, stampa e diffusione versione sintetica del nuovo Piano		■			
Creazione della U.O. per l'attuazione del nuovo Piano	■				
Attivazione "Commissione per l'attuazione del Piano Regolatore Sociale"	■				
Redazione e diffusione Report di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano			■	■	■
Elaborazione e diffusione dei Documenti di aggiornamento annuale			■	■	■
Valutazione complessiva dell'attuazione del Piano 2011-1015					■
Redazione di un Report finale, propedeutico all'elaborazione di un nuovo Piano					■

¹¹⁵ La tempistica dipende anche dalla data dell'effettiva approvazione del Piano da parte dell'Assemblea Capitolina.

L. ALLEGATI INFORMATIVI

Allegato 1 - Approfondimenti sul tema del contrasto della povertà e dell'esclusione sociale

Allegato 2 - Approfondimenti sul tema dei migranti, richiedenti asilo e rifugiati

Allegato 3 - Approfondimenti sul tema della salute, della disabilità e del disagio psichico

Allegato 4 - Approfondimenti sul tema della famiglia e delle persone in età evolutiva

Allegato 5 - Approfondimenti sul tema delle persone anziane

Allegato 6 - Approfondimenti sul tema delle persone sottoposte a misure giudiziarie

Allegato 7 - Approfondimenti sul tema delle popolazioni Rom

Allegato 8 - Approfondimenti sul tema del contrasto delle dipendenze patologiche

Allegato 9 – Interventi innovativi, stimoli e buone prassi nella programmazione territoriale dei servizi al cittadino

M. ALLEGATI OPERATIVI

Allegato 10 - Criteri operativi e procedure per la selezione degli Enti gestori e per l'affidamento dei servizi e Schema di riferimento per la redazione delle Carte dei servizi alla persona e alla famiglia per gli Organismi richiedenti accreditamento

Allegato 11 - Linee guida per la revisione delle Delibere 154/97 e 163/98

Allegato 12 - Linee guida per la trasformazione dei Centri Anziani Comunali in Associazioni



ALLEGATO 1
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale”

SOMMARIO

PRIMA PARTE. OPERARE PER L'INCLUSIONE.....	3
Premessa	3
Introduzione	4
Le analisi sulle condizioni di fragilità a Roma	7
I servizi e gli interventi per la povertà e l'emergenza sociale	12
Appendici.....	15
<i>Appendice 1 – Lo studio e l'analisi della povertà</i>	<i>15</i>
<i>Appendice 2 – Norme recenti per il sostegno all'occupazione.....</i>	<i>17</i>
<i>Appendice 3 – Norme per il contrasto della violenza sulle donne</i>	<i>18</i>
<i>Appendice 4 – L'emergenza casa a Roma</i>	<i>19</i>
<i>Appendice 5 – Socialmente esclusi: senza lavoro, né pensione.....</i>	<i>22</i>
<i>Appendice 6 – Interventi e servizi di contrasto della povertà e del disagio sociale.....</i>	<i>25</i>
<i>Appendice 7 – La Sala Operativa Sociale</i>	<i>26</i>
<i>Appendice 8 – La rete alimentare cittadina</i>	<i>28</i>
<i>Appendice 9 – Il progetto RETIS</i>	<i>29</i>
 SECONDA PARTE. I RISULTATI DEL FORUM TEMATICO.....	 30
1° Sottogruppo. "Povertà estreme"	30
<i>Casa</i>	<i>30</i>
<i>Lavoro</i>	<i>30</i>
<i>Integrazione socio sanitaria</i>	<i>31</i>
<i>Cura della persona</i>	<i>32</i>
<i>Servizi.....</i>	<i>32</i>
<i>Osservazione, monitoraggio e integrazione dei servizi.....</i>	<i>33</i>
2° Sottogruppo. "Violenza di genere"	34
<i>Ampliare la definizione di vittima di violenza di genere</i>	<i>34</i>
<i>Investire nella formazione e specializzazione degli operatori.....</i>	<i>34</i>
<i>Proporre un potenziamento della rete, tra gli attori coinvolti</i>	<i>34</i>
<i>Lavorare sulla questione culturale attraverso campagne di sensibilizzazione</i>	<i>35</i>

PRIMA PARTE. OPERARE PER L'INCLUSIONE

Premessa

Questo testo presenta alcuni dati e riflessioni relativi alle situazioni problematiche connesse con una condizione di disagio economico e di emarginazione anche estrema. E' una piattaforma informativa e di analisi per il "*Forum di confronto e proposta*" nell'ambito del percorso di preparazione del nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, aperto alla partecipazione degli attori del welfare cittadino e della cittadinanza.

Questa sezione contiene informazioni e dati sulle situazioni di fragilità sociale, un panorama generale dei servizi e degli interventi sociali promossi dall'Amministrazione comunale, e alcuni dati relativi ai soggetti che usufruiscono delle prestazioni sociali. Il testo contiene alcuni spunti e proposte, aperte alla considerazione e agli approfondimenti del "Forum" dedicato a queste tematiche. Alcuni allegati, con ulteriori informazioni e analisi, contribuiscono a completare il quadro di riferimento.

Tentando una descrizione dei processi e delle condizioni di fragilità sociale, il Gruppo di lavoro ha operato attraverso approssimazioni successive e approfondimenti specifici. Sicuramente nel descrivere le condizioni di rischio si è persa molta parte della povertà "manifesta" e per alcuni temi si deve rimandare ad altri approfondimenti. Ci si riferisce in particolare a: persone affette da disagio mentale, nomadi e zingari, tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti, detenuti e persone sottoposte a misure alternative alla pena detentiva o uscite da un periodo di detenzione e pena, persone che hanno recentemente vissuto l'esperienza di una separazione o di un divorzio, ecc. Tutte queste situazioni avrebbero potuto avere uno spazio nelle presenti considerazioni. In parte però sono presenti nei testi preparati dagli altri gruppi, in parte sono oggetto di approfondimenti integrativi.

Si tratta dunque di un documento in progress, che sarà possibile completare anche in considerazione di quanto emergerà dalle numerose iniziative promosse nell'Anno della lotta alla povertà e all'esclusione sociale proclamato dall'Unione Europea per il 2010.

Il testo è stato preparato nel periodo settembre-dicembre 2009 da un gruppo di lavoro promosso dalla "Commissione di Piano". Il gruppo è stato coordinato da Marco Clio Veronesi, con la collaborazione di Fiorenza Deriu e Diego Rubbi. Marco Accorinti e Martino Rebonato infine hanno rielaborato e rivisto il testo finale.

Al Gruppo hanno partecipato: Luigia Barone, Maria Anna Bovolini, Elisa Calò, Marco Caporale, Marco Carlizzi, Maria Claudia Costantini, Giancarlo Cursi, Luca Di Censi, Stefano Felicioni, Nicoletta Goso, Silvana Grifi, Antonio Isoldi, Valeria Longo, Maria Silvia Soriano, Fabio Vando, Daniele Villa e Paola Vulterini.

Introduzione

Nel 2005 il prof. G. B. Sgritta e F. Deriu, insieme alla Caritas Diocesana di Roma, pubblicavano per Franco Angeli il volume *“Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali.”* Il testo, che è stato pubblicato dopo 13 anni da un precedente lavoro del prof. Sgritta dal titolo *“La città dimenticata: povertà ed esclusione sociale a Roma”*¹, si era posto come uno studio a tutto campo sui disagi materiali e sociali, le vecchie e nuove forme di marginalità ed esclusione, le espressioni di solidarietà e le politiche di contrasto alla povertà dell'amministrazione capitolina.

Gli ambiti di analisi del testo riguardavano le vecchie e le nuove povertà: dalla vita in strada dei “senza dimora” ai “nuovi poveri”; dagli immigrati, i richiedenti asilo, i rifugiati, alle vittime di tortura, dell'usura; i nuovi schiavi, la tratta degli esseri umani; le persone con hiv-aids; i minori stranieri non accompagnati; le donne sole con bambino, gli anziani soli; ed ancora approfondimenti sul disagio economico, occupazionale, abitativo, formativo, ambientale e sanitario, sul disagio mentale. Questi studi² hanno costituito la cornice di riferimento all'interno della quale ha operato il gruppo di lavoro relativo a: “Povertà, disagio ed emergenze sociali”, che, anche sulla base dei lavori degli altri gruppi, ha scelto di definire il suo approfondimento sulle condizioni di povertà e disagio a Roma, e articolarlo in quattro ambiti di analisi, identificati in:

1. Povertà estreme, emergenze sociali e barbonismo,
2. Povertà economica, esclusione lavorativo-occupazionale e disagio abitativo,
3. Soprusi (usura) e violenze (in particolare alle donne), fenomeno della tratta degli esseri umani e prostituzione coatta,
4. Forme patologiche di dipendenze (al gioco, alla prostituzione).

L'analisi delle condizioni di povertà e delle caratteristiche delle condizioni di esclusione sociale a Roma ha comportato un lavoro di ricerca di dati e di fonti attendibili e comparabili che ha impegnato molto il gruppo di studio. Studiare la povertà romana infatti non è così facile come potrebbe apparire, anche perché l'immagine della povertà dipende dal modo in cui la si misura (che -oltre tutto- non è univoco³), considerato che deve cogliere un fenomeno complesso come il processo di esclusione sociale.

Se quindi si vuole evitare il rischio di dare una rappresentazione fuorviante del fenomeno povertà, bisogna procedere per semplificazioni e definizioni e considerare le situazioni di vita nelle quali si intrecciano, in diversi modi, varie forme di esclusione; per questi motivi gli ambiti di approfondimento considerano: situazioni di emergenza, malattie, dipendenze, solitudini, disoccupazione, mancanza di alloggio, atti di violenza, deficit formativo-culturale, ecc. .

Non potendo dar conto di tutti gli studi e le indagini che nel tempo hanno cercato di approfondire a livello locale le cause dell'esclusione, si può, tuttavia, in questo testo, avviare un percorso di confronto sui diversi fattori che portano all'esclusione, attraverso il riferimento al concetto di *“fragilità sociale”*: si parlerà di povertà quale condizione di difficoltà impreviste o improvvisate, anche non eccessivamente critiche, che però fa scivolare verso percorsi di progressivo impoverimento economico e relazionale, fino a compromettere in modo irreversibile le personali capacità di inserimento sociale e di sopravvivenza fisica e mentale.

Una povertà quindi non in senso relativo, bensì connotata da elementi strutturali e persistenti che si manifesta e si concretizza come una povertà economica, da reddito insufficiente per la soprav-

¹Publicato a Roma da Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

²Cfr. inoltre lo studio *“La povertà nel Lazio”*, elaborato dal Censis per la Direzione Regionale Interventi Socio-sanitari, Educativi per la Qualità della vita (2002)

³Cfr. allegato 1.

vivenza. Ad esserne colpiti sono maggiormente quei nuclei familiari che mostrano particolari debolezze acquisite nei rispettivi corsi esistenziali, spesso caratterizzati da una posizione lavorativa stabile, ma di basso profilo occupazionale nel mercato del lavoro e non in grado di far fronte all'alta pressione che il costo della vita esercita.

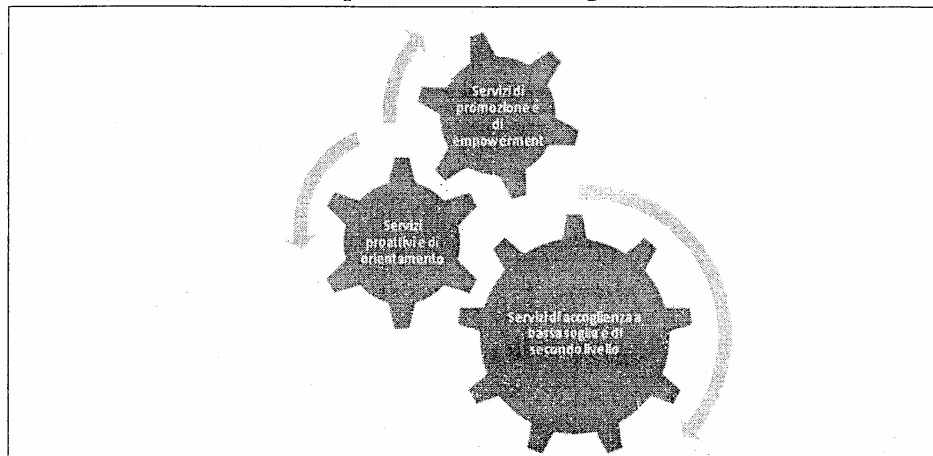
Tra i fattori che determinano l'accentuarsi di fragilità è possibile trovare anche la configurazione delle reti di protezione sociale costituite in prima istanza dalla famiglia allargata, e poi dalle Istituzioni pubbliche. Ed è proprio la progressiva incapacità delle reti familiari di essere valido sostegno e risposta nelle situazioni di difficoltà personali, che spinge a programmare misure di contrasto efficaci messe in atto dalle Istituzioni.

Nelle pagine che seguono si proporrà un ragionamento che parte da quattro fattori che sono alla base dei processi presi in esame, sintetizzabili in quattro parole chiave della fragilità sociale nella metropoli:

1. **Multifattorialità:** le situazioni di singoli e/o di nuclei familiari degenerano in problematicità non più gestibili dalle persone se viene a determinarsi la coesistenza di più elementi vulneranti; in sostanza è la presenza di una multifattorialità di problematiche a determinare lo stato di esclusione sociale, ovvero di fenomeni degenerativi ed estremi.
2. **Solitudine:** i fenomeni osservati (povertà, disagio, emergenze sociali) rimandano ad una sostanziale solitudine determinata da povertà o patologia delle reti relazionali personali.
3. **Informazione:** le situazioni di esclusione sociale sono connesse a (e probabilmente in parte causate da) mancanza di informazione, scarsi strumenti culturali, difficoltà a progettare/riprogettare la propria dimensione esistenziale sia in tempi brevi che medio lunghi.
4. **Circolarità:** povertà (economica, relazionale, culturale, informativa e progettuale), violenza (su gli altri, sul proprio nucleo e su sé stessi) e solitudine (difficoltà a creare e tenere legami sia forti che deboli, progressiva fragilizzazione degli stessi, malattie terminali e/o invalidanti, depressione, dipendenza) sembrano essere le costanti, tra loro intrecciate in un processo circolare di causa ed effetto, dove non si riesce a cogliere, proprio perché circolare, l'inizio o la causa scatenante, che accompagnano il processo: benessere-rischio-vulnerabilità-esclusione.

Su questi processi-fattori si è impostato il lavoro di approfondimento qui presentato, che punta alla definizione di un sistema di intervento - qui sotto rappresentato - strutturato lungo tre direttrici: accoglienza sociale; orientamento sociale; promozione sociale.

Graf. 1 – Il circuito dell'assistenza per situazioni di fragilità sociale



L'elemento che viene considerato come determinante, nel sistema proposto, è l'accompagnamento delle persone o dei nuclei familiari verso un processo di recupero della situazione personale: in condizioni di fragilità sociale, non basta dare informazioni, indicare gli uffici e le procedure, offrire un letto o anche dare un contributo economico.

Tutto ciò è necessario ma non sufficiente. Quello che serve è un processo di affiancamento durante il percorso indicato o offerto dal Servizio sociale. Infine, occorre andare oltre la prevenzione, perché essa spesso interviene su dei singoli casi e non intacca i fenomeni che li determinano; occorre un intervento che riguardi la comunità, gli stili di vita, le relazioni; un intervento che prenda in considerazione la costruzione (ricostruzione) del tessuto sociale degradato o in via di degrado.

Le informazioni raccolte nel presente testo, che sono quelle aggiornate e al momento disponibili, possono risultare frammentate e poco articolate. Ci si è attenuti a fonti ufficiali, di tipo diretto (ad esempio Resoconto economico del Comune), sia indiretto quali rapporti di ricerca e analisi degli operatori. Entrambi però, sui quattro ambiti indicati, non forniscono informazioni sempre comparabili né esaminano l'articolazione municipale della Città. Anche per questo motivo si è accuratamente evitato di procedere alla "conta dei poveri".

Ci si aspetta che il Forum tematico abbia modo di evidenziare la necessità di programmare l'intervento pubblico su questi ambiti avendo prima garantita l'integrazione dei dati assunti, per giungere a comprendere veramente come si generano e si stabilizzano i cambiamenti che modificano le abitudini dei cittadini e la qualità della vita a Roma. In questa parte non si può non evidenziare i limiti dell'informazione relativa ai suddetti fenomeni, ma anche l'urgenza dell'intervento sulla fragilità sociale.

L'impulso già è stato dato dall'art. 21 della Legge 328/2000 che prevedeva l'istituzione di "*un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione*".

Non si può quindi non interpretare il fondamentale cambiamento di mentalità nel modo di occuparsi delle politiche sociali e la consapevolezza della necessità di fondare l'azione sociale sulla *conoscenza competente* del contesto su cui si va ad incidere. Sembrerebbe necessario se non un osservatorio privilegiato dei bisogni e della condizione sociale della Città, un approfondimento sistematico di ricerca di campo sulle condizioni di povertà a Roma⁴, anche per fornire a coloro che faticosamente si confrontano ogni giorno con problemi di esclusione e di emarginazione sociale, uno studio e un'analisi qualificata dei contenuti latenti della domanda sociale.

Una politica sociale che si misura sui fenomeni dell'esclusione, è una politica che ha a cuore la promozione delle capacità soggettive di reinserimento e di partecipazione dei cittadini e che adotta misure per prevenire l'esclusione sociale e, quando questa si manifesta, si impegna per far uscire dal circuito assistenziale le persone in tutti i casi in cui ciò è possibile. In questo senso, diviene necessario (o meglio, preliminare) affinare le tecniche di misurazione e di mappatura dei fenomeni che conducono verso derive di povertà. Lo studio del territorio e dei fenomeni sociali, come garanzia di corretta impostazione delle politiche di intervento, ma anche come risposta istituzionale all'inclusione civica di tutti.

⁴Ad esempio, il Comune potrebbe avviare una sistematica collaborazione con i numerosi e qualificati Istituti presenti nella Capitale, per rilevare l'evoluzione della povertà e del disagio a Roma sulla base di indicatori condivisi.

Le analisi sulle condizioni di fragilità a Roma

Data la grande complessità delle tematiche relative alla povertà e al disagio sociale, nonché i diversi livelli di gravità e di rischio di esclusione sociale, in questa sezione si affrontano separatamente alcune tematiche. Altre sono descritte negli allegati, che riprendono le analisi contenute nel recente Rapporto redatto dalla Commissione di Indagine sull'Esclusione Sociale.

La povertà estrema e quella economica

Da una lettura quantitativa e qualitativa della povertà emerge che *le povertà* sono evolutive, ovvero si generano “nuove povertà” mantenendo però anche le “vecchie”. Negli anni, al disagio giovanile, alla dipendenza, ai minori in situazioni di rischio, alla povertà economica, al depauperamento delle relazioni familiari, spesso aggravate da eventi contingenti che determinano la perdita di reddito e quindi l'aggravamento di una condizione di fragilità preesistente, si è aggiunta la comparsa e l'aumento delle donne in difficoltà (vittime di tratta) o soggette a violenza intra ed extra familiare. A questi fenomeni più strettamente ascrivibili alle relazioni familiari (le depressioni, il deterioramento cognitivo e i disturbi nell'età avanzata come il problema dell'Alzheimer) si aggiungono ulteriori conseguenze quali l'indebitamento e il ricorso conseguente all'usura, nonché fenomeni di disagio sociale quali la disoccupazione giovanile, l'aumento delle malattie mentali, le dipendenze anche quelle senza sostanza, la vulnerabilità sociale nel lavoro atipico e flessibile, l'espulsione dal mercato del lavoro degli ultraquarantenni.

Ma il quadro delle “nuove povertà” metropolitane si allarga con quelle che vengono definite “povertà relazionali”, cioè situazioni legate alla diminuzione del senso di responsabilità sociale, alla diffusione dei fenomeni di illegalità, all'aumento del clima di violenza intra ed extra familiare, allo sfilacciamento del tessuto delle reti primarie positive, alla scarsa collaborazione tra famiglia, scuola ed altre agenzie educative, alla crescita dell'insicurezza sociale, all'aumento dei pregiudizi e degli atteggiamenti negativi nei confronti dei “diversi”.

E' significativo che negli ultimi anni si sia affermato il termine “vite fragili”, con un significato più esteso del termine povertà in quanto indicativo della condizione di debolezza e di vulnerabilità che, pur mantenendola, va oltre la dimensione della povertà economica.

Tra i primi fattori di rischio ci sono:

- l'elevato numero di componenti: il passaggio da 3 a 4 componenti espone 4 famiglie su 10 alla possibilità di essere povere;
- la presenza di figli, soprattutto minori: ogni nuovo figlio costituisce per la famiglia, oltre che una speranza di vita, una crescita del rischio di impoverimento (avere tre figli da crescere significa un rischio di povertà pari al 27,8%);
- la presenza di anziani;
- il basso livello di istruzione;
- la ridotta offerta di opportunità di lavoro;
- i costi onerosi, in taluni casi insostenibili, del mercato immobiliare.

Sempre in argomento di fragilità economica va citata la situazione delle famiglie *border line*: non famiglie povere, ma nuclei non computabili come poveri solo perché le loro risorse finanziarie sono appena sopra la linea della povertà, ossia la superano per una somma esigua che va da 10 a 50 Euro al mese; esse arrivano con difficoltà alla fine del mese, e sono costrette a indebitarsi e a ricorrere ad interventi assistenziali, nonostante abbiano un lavoro e un reddito (è il fenomeno descritto dagli studiosi come “*working poor*”).

Non solo, ma molte famiglie hanno problemi di consumo e debiti da estinguere. Le ragioni sono variegate: dalla perdita del lavoro alla malattia, dalle spese per cerimonie familiari al gioco, alla

maldestra amministrazione del budget familiare, all'accensione di mutui per comprare casa o finanziamenti per ristrutturazione. E se in Italia la media del debito è di circa 14.800 Euro per nucleo familiare, nella sola provincia di Roma l'indebitamento familiare medio arriva a 21.148 Euro annuo.

Nel Lazio, l'Istat dice che il 9,7% delle famiglie è in ritardo col pagamento delle bollette, l'8,5% non può permettersi di riscaldare la propria casa, 5% delle famiglie non riesce a comprare prodotti alimentari, il 10,6% le medicine, il 16,7% i vestiti.

In un'indagine condotta sulla percezione soggettiva della povertà, il 6% delle famiglie romane ha risposto di tirare avanti «con molta difficoltà», e l'8,8 «con difficoltà». In tutto, sono 170 mila - su 1.163.000 - le famiglie della Capitale che vivono una situazione economica non buona. Le più fragili risultano quelle con un solo genitore e quelle composte da una sola persona, il più delle volte anziana.

Prendendo ad esempio l'utenza dell'Ostello notturno gestito dalla Caritas, generalmente chi vive in strada è soprattutto un uomo italiano o straniero, nella fascia di età 36-55, spesso con problemi di alcolismo o di disagio psichiatrico.

Dal rapporto "I senza fissa dimora a Roma" presentato-insieme alle iniziative di sostegno per gli *homeless* della Capitale, promosse dall'Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini e da Commercium, in collaborazione con le organizzazioni della Rete della Solidarietà e con la Comunità di Sant'Egidio, risulta in aumento il *barbonismo giovanile*: si è abbassata infatti l'età media tra gli italiani e anche tra gli stranieri senza casa.

Non si hanno informazioni e dati precisi, ma nella percezione degli operatori sociali, il fenomeno della fragilità economica a Roma, non ancora diventata povertà estrema, riguarda anche anziani con la pensione minima, persone comuni con lavori regolari, giovani precari, uomini neodivorziati, nuclei familiari con pignoramenti in atto, cassintegrati, ma anche tante altre situazioni che in molti casi hanno a che fare con le conseguenze legate alla facilità di accesso al mercato del credito.

Forse un altro indicatore di fabbisogno economico e soprattutto di difficoltà di accesso al credito, viene mostrato dall'esperienza del Fondo del Microcredito istituito nel 2007 dalla Regione Lazio⁵. L'esperienza dice che a fronte di un numero elevato di domande accolte (900 domande analizzate e 450 i prestiti erogati), in poco tempo si è esaurito il fondo messo a disposizione, ma è anche emerso un altissimo tasso di insolvenza, che ha costretto la Regione a rifinanziare il Fondo e ad apportare cambiamenti sull'iter finalizzato ad ottenere prestiti e sulla suddivisione degli assi di intervento.

Un primo approfondimento: la disoccupazione

La povertà è associata alla mancanza di reddito o a redditi molto bassi (bassi salari, ore di lavoro insufficienti) che impediscono di soddisfare i bisogni minimi dell'individuo o della famiglia. Pertanto molte cause che generano situazioni di povertà sono collegate all'andamento del mercato del lavoro.

E' però importante sottolineare anche che molte persone sono fuori dal mercato del lavoro per gravi motivi di salute, per la mancanza di servizi complementari di sostegno alla famiglia (servizi di cura per i bambini e per gli anziani), per scarsa professionalizzazione o per altre difficoltà (ad esempio di tipo relazionale). Occorre evidenziare anche che se il tasso di disoccupazione non è l'unica causa che genera povertà, è tuttavia evidente la correlazione che esiste tra le variabili

⁵ Legge Regionale 18 settembre 2006 n. 10.

disoccupazione e povertà: quando cresce la disoccupazione aumenta anche la povertà mentre quando diminuisce la disoccupazione diminuisce anche la povertà.

A livello mondiale il Rapporto dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) sulle tendenze globali dell'occupazione a seguito della crisi economica pubblicato all'inizio del 2010, documenta come numero dei senza lavoro nel mondo sia arrivato a 212 milioni nel 2009, con un incremento senza precedenti di 34 milioni rispetto al 2007

Naturalmente la situazione è critica anche per l'Italia, in cui il tasso di disoccupazione risulta ormai da tempo in crescita. Giovani e precari sono particolarmente colpiti dalla crisi. Come in molti altri Paesi, i lavoratori con contratti temporanei ed atipici subiscono gran parte dell'aggiustamento occupazionale.

Arrivando al contesto locale, la situazione sembra meno preoccupante rispetto al contesto nazionale, anche in considerazione dell'incidenza dell'occupazione nel settore pubblico, meno esposto alle turbolenze della crisi internazionale.

Un secondo approfondimento: emergenza abitativa e sfratti

La Commissione governativa di Indagine sull'Esclusione ha recentemente pubblicato un rapporto sulle condizioni di povertà nei contesti metropolitani dal quale risulta la gravità della condizione abitativa nella Capitale soprattutto a causa dall'esorbitante canone medio mensile di affitto.

Un terzo approfondimento: il barbonismo domestico

Non sempre i "nuovi poveri" occupano ponti sotto i fiumi, piloni della tangenziale, grotte o radure, baracche, teloni e cartoni. I servizi sociali rilevano anche il "barbonismo domestico" come uno dei fenomeni rilevanti soprattutto in termini qualitativi.

Nel corso dell'anno 2010 si sono registrate circa una trentina di segnalazioni dai territori. In genere sono amministratori di condominio o vicini di casa che, preoccupati per l'aspetto igienico e di sicurezza, segnalano la situazione ai Servizi Sociali ed alla ASL (Ufficio d'Igiene). Si tratta di situazioni, in particolare di anziani o di persone affette da patologia psichiatrica, che nel tempo non si sono mai rivolti a servizi di sostegno o di cura e, in condizioni di pieno isolamento, hanno tralasciato la pulizia dell'appartamento utilizzandolo come rifugio e come magazzino per ogni genere di materiale recuperato per la strada. Le condizioni igieniche risultano indescrivibili, con risvolti di pericolosità in caso di presenza di macchine per il gas, ma particolare gravità è data talvolta dalla presenza di animali.

Il compito assunto dai servizi risulta in questi casi piuttosto complesso in quanto comporta:

- la verifica a domicilio (spesso in accordo con i NAE Nucleo dei vigili Urbani)
- l'attivazione del medico di famiglia ove possibile per definire un quadro clinico generale
- l'attivazione di eventuali servizi specialistici (CAD, DSM)
- l'attivazione del Servizio veterinario e il reperimento di possibile ospitalità per animali in caso di presenza degli stessi
- la ripulitura dell'appartamento con AMA o ditte private
- la richiesta di nomina dell'Amministratore di sostegno
- l'individuazione di soluzioni al domicilio o mediante ricoveri anche temporanei

Manca un protocollo operativo per l'attivazione di ogni servizio, pertanto ogni attività risulta complessa ed estremamente differenziata nei contesti municipali. In particolare non sempre gli organismi accreditati per l'assistenza a domicilio si rendono disponibili in queste situazioni per la successiva presa in carico del caso, principalmente quando si tratta di adulti affetti da disagio mentale.

Le situazioni di violenza e i soprusi

Un elemento di fragilità sociale vissuta e – in un certo senso – imposta, è quello collegato alla violenza sulle donne. Il fenomeno è purtroppo presente da sempre nella Città e, nel corso degli ultimi anni, si è riscontrato un incremento dei contatti registrati dai Centri antiviolenza; da ciò peraltro si può desumere la controprova dell'acquisizione sempre maggiore di consapevolezza da parte delle donne, oltre che come il frutto del lavoro di creazione e rafforzamento della rete e delle numerose campagne di informazione e sensibilizzazione che hanno contribuito a dare maggiore visibilità ai Centri antiviolenza.

Il dato, inoltre, non viene letto in rapporto ad un aumento esponenziale dei casi di violenza quanto, piuttosto, all'emersione del sommerso, in virtù del fatto che nella maggioranza dei casi la forma di violenza più confidata dalle donne alle operatrici è rappresentata da un prolungato maltrattamento intrafamiliare, ovvero l'insieme di violenza economica, psicologica, fisica e spesso sessuale subita nell'ambito della famiglia ed esercitata in particolar modo da mariti, conviventi, compagni ed ex.

La disoccupazione, la difficoltà nel reperire delle soluzioni abitative e la povertà economica in genere toccano da vicino la maggioranza delle donne, sole o con figli, che decidono di intraprendere un percorso che le allontani dalla situazione di violenza. Le grandi difficoltà incontrate dalle donne nell'acquisire l'indipendenza economica necessaria, conducono le stesse ad essere incluse, sempre più spesso, tra i soggetti a rischio di esclusione.

Se la prevenzione è un aspetto imprescindibile per un approccio costruttivo del fenomeno della violenza di genere, mantenendo l'attenzione sugli elementi informativi, il Centro Antiviolenza del Comune di Roma di Via di Torre Spaccata 157 ha fornito un insieme di dati che descrivono la rilevanza del fenomeno in Città.

Anzitutto il numero totale di donne accolte (ovvero sostenute attraverso percorsi seguiti dall'esterno e non in qualità di residenti ospiti), che dalle circa 450 del 2005 sono divenute circa 700 al termine del 2010. Relativamente alla provenienza, la maggior parte (tra il 60% e il 70%) sono italiane, anche se va aumentando la quota di donne straniere che decidono di usufruire dei servizi offerti dal CAV per uscire dalla situazione di violenza. Sono – forse anche di conseguenza - gli uomini italiani maggiormente violenti rispetto agli uomini stranieri.

Ma un elemento preoccupante è che più del 70% delle donne che si sono rivolte al Centro aveva figli, dato che implica che anche tanti bambini sono vittime di violenza o di violenza assistita. Informazione che è possibile validare anche dal fatto che nella larga maggioranza dei casi, l'autore della violenza è il marito, il compagno o il convivente della donna: i dati affermano che nel 2008 il marito e l'ex marito coprono il 52% dei casi di violenza mentre il convivente e l'ex convivente sono autori nel 19% dei casi.

Del resto la tipologia di violenza subita più frequentemente dalle donne è costituita dai maltrattamenti (tra il 56% e 80% dei casi), segue poi la violenza psicologica (tra il 9% e il 17%) e la violenza fisica e sessuale (valore che oscilla negli anni tra il 4% e il 12%). Un ultimo elemento, che richiama però l'attività di intervento su questo tema, è la percentuale rilevante di donne giunte al Centro a seguito di una segnalazione o di un invio dei Servizi Sociali territoriali o dalle Forze dell'Ordine, sia per avere sostegno, sia per una consulenza legale, ma soprattutto con una richiesta di ospitalità.

Il Centro Antiviolenza è una misura di intervento specifica per le donne vittime di violenza, ma come detto, può riguardare anche i loro figli minori. In Città si registrano però anche altre situazioni vissute dai minori e dai giovani, che impongono una riflessione densa di preoccupazione. Anzitutto si deve considerare la prostituzione di strada, che dal 2003 nel territorio del Comune di

Roma, ha visto un incremento fortissimo di ragazze minorenni di origine straniera “gestite” da organizzazioni criminali molto strutturate e molto aggressive.

Il fenomeno è senz’altro complesso e multifattoriale e vede interagire più dimensioni, quali: i metodi coercitivi imposti dalle organizzazioni che sfruttano economicamente la tratta delle minorenni, la condizione psicofisica e sociale vissuta dalle minorenni, le richieste del “mercato” ovvero i clienti. Nel testo preparato dal Gruppo di lavoro sulla famiglia e i minori e in quello sui migranti viene ampiamente descritta la situazione dei Minori Stranieri Non Accompagnati.

In questa parte invece, si vuole porre in evidenza la rilevanza della prostituzione minorile e dei fenomeni connessi, quali gli stati di gravidanza collegati a rapporti sessuali non protetti e la dipendenza da sostanze stupefacenti (condizione che tra l’altro garantisce l’assoggettamento delle minorenni).

A seguito di continui e ripetuti contatti, gli operatori dei servizi hanno ormai definito che le ragazze sono soprattutto romene e centro-africane (soprattutto nigeriane) che provengono da condizioni sociali degradate, hanno un bassissimo livello di scolarizzazione, spesso sono del tutto analfabete.

In funzione della giovane età sono facilmente manipolabili e sono soggiogate psicologicamente attraverso violenze efferate e minacce alle famiglie di origine. Spesso grava su di loro anche un enorme senso di colpa perché dal loro reddito può dipendere la sopravvivenza economica del loro nucleo familiare in patria.

Un elemento positivo è che in tre anni circa 40 ragazze hanno portato a termine la denuncia degli sfruttatori garantendoli alla giustizia; hanno regolarizzato la loro posizione giuridica e sociale iscrivendosi a percorsi di formazione professionale ed entrando in tutta regola nel mercato del lavoro con contratti di apprendistato.

Le nuove forme della dipendenza

E’ in aumento l’interesse nell’ambito scientifico e sociale per le cosiddette “*new addictions*”, ovvero tutti quei tipi di comportamenti che generano dipendenza senza l’assunzione di sostanze esterne. Si tratta di: gioco d’azzardo patologico, shopping compulsivo, dipendenza da internet, dipendenza da rapporti sessuali illegali e a rischio, dipendenza da lavoro, e altro.

La gravità delle ripercussioni che tutte le forme di dipendenza comportano in ambito relazionale affettivo ma anche economico sociale obbliga ad una sempre maggiore attenzione da parte dei servizi del territorio. A tale proposito va sottolineato che il gioco d’azzardo patologico (GAP) o gambling è stato riconosciuto dalla nosografia psichiatrica ufficiale come patologia e collocata nell’ambito dello “spettro” dei disturbi impulsivo-compulsivi (DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)⁶, mentre per altre forme di dipendenza non esiste, ancora, un’apposita categoria diagnostica e quindi mancanza di strumenti di identificazione del fenomeno condivisi.

Tra tutte le *new addictions*, quella socialmente ed economicamente più rilevante è forse il gioco d’azzardo patologico, che è stato ufficialmente inquadrato come categoria diagnostica a partire dal 1980 e su cui sono stati individuati alcuni sintomi che conducono alla definizione del soggetto come giocatore patologico: la persona diventa man mano sempre più coinvolta nel gioco, irritable ed irrequieta qualora tenti di interromperlo. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori, comincia a mentire in famiglia ed agli altri per nascondere, fino ad arrivare a commettere azioni illegali pur di giocare, mettendo a rischio le relazioni e il lavoro stesso. Il gio-

⁶American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

cattore aumenta esponenzialmente le scommesse, nel tentativo di recuperare il denaro perduto, comincia a chiedere prestiti e si indebita sempre di più passando così ad una fase di disperazione, forte esaurimento fisico e psichico fino ad arrivare alle crisi familiari, divorzi, licenziamenti, problemi con la giustizia.

Non si hanno dati che descrivano il fenomeno, più volte viene citata al riguardo la ricerca del CNR di Pisa del 2008 svolta su un campione nazionale che mostra come i soggetti di età compresa tra i 25 ed i 34 anni sono quelli che hanno maggiormente dichiarato di avere giocato almeno una volta, a 'gratta e vinci', Lotto, Superenalotto e simili, oppure tipicamente maschili sono i videopoker e le scommesse sportive.

Un'altra forma compulsiva è legata al consumo e agli acquisti. Lo "shopping compulsivo" è un comportamento disadattivo dove durante l'azione compulsiva il compratore adotta una specie di auto medicazione della serotonina che lo porta a percepire, oltre alla sensazione di benessere, la possibilità di risolvere le proprie difficoltà.

Questa falsa sensazione del proprio stato è l'elemento essenziale che induce il compratore a ripetere ossessivamente l'atto al fine di trovare il proprio equilibrio ed il proprio piacere. Ha però un effetto limitato: tolta l'etichetta del prezzo dell'oggetto comprato scema la sensazione di benessere e si accompagna al rimorso, vergogna, colpa irreparabile ed impossibilità di aiuto. Queste emozioni, associate ad una diffusa depressione, aumentano la dipendenza.

Le conseguenze per il compulsive shopper sono diverse: contrarre debiti elevati, timore di essere scoperti, atti disperati per nascondere la propria colpa.

Nel 1995 lo psichiatra americano Ivan Goldberg ha definito il concetto di *Internet Addiction Disorder* (IAD), individuandone i sintomi caratteristici. I disturbi mentali caratterizzati da comportamenti estremi nella sfera dell'abuso da internet possono condurre a un deterioramento del funzionamento fisico e psichico del soggetto fino a farla diventare una patologia.

È patologia quando aumentano progressivamente le ore di collegamento e diminuisce il tempo disponibile da dedicare alle relazioni sociali, quando il virtuale acquista una importanza maggiore della vita reale, dalla quale il soggetto tende a estraniarsi sempre più, creando problemi in ambito familiare, lavorativo, scolastico e della salute che si traduce in un malessere psicofisico.

Ai sintomi della dipendenza si associano altre caratteristiche: la perdita delle relazioni interpersonali, le modificazioni dell'umore, le alterazioni del vissuto temporale, la cognitività completamente orientata all'utilizzo compulsivo del mezzo, il "feticismo tecnologico", cioè la tendenza a sostituire il mondo reale con un oggetto artificioso con il quale si riesce a costruire un proprio mondo personale e in questo caso virtuale, la deprivazione del sonno, i problemi fisici di varia natura come il mal di schiena, l'affaticamento oculare, la sindrome del tunnel carpale.

Le forme di dipendenza da internet riguardano anzitutto il sesso virtuale e la pornografia, ma anche le relazioni e i social network, il gioco d'azzardo, shopping e commercio on-line, l'informazione (ricerca ossessiva di informazioni) e il coinvolgimento eccessivo in giochi "virtuali" o "di ruolo".

I servizi e gli interventi per la povertà e l'emergenza sociale

Nella parte precedente si sono citati alcuni servizi specifici per particolari situazioni legate alla fragilità sociale. Difficile descrivere in questa parte l'intero sistema di interventi finalizzato ad ridurre l'impatto della povertà e del disagio, riferito a situazioni generali di esclusione sociale degli individui e dei nuclei familiari.

Come per altri settori delle politiche sociali, i Municipi romani hanno competenze rispetto a tutti i cittadini residenti, e anche i senza dimora stabilmente dimoranti nel territorio o iscritti nell'anagrafe locale (presso l'indirizzo virtuale "Via Modesta Valenti").

Il Dipartimento Politiche Sociali interviene invece per le persone che non hanno un riferimento territoriale, per esempio i minori stranieri non accompagnati, ma anche attraverso alcuni servizi che prevedono un'organizzazione a livello cittadino, come ad esempio quelli che riguardano l'emergenza sociale.

In particolare, i *Municipi* promuovono e gestiscono i seguenti servizi, direttamente o, in alcuni casi, affidandoli ad organismi del Terzo Settore:

- Segretariato sociale,
- Servizio sociale professionale,
- Sostegno economico,
- Sostegno economico per malati di AIDS,
- Sostegno economico nuclei mamma-bambino,
- Orientamento e sostegno all'inserimento lavorativo,
- Centri diurni,
- Educativa territoriale,
- Assistenza domiciliare,
- Accoglienza in strutture residenziali,
- Servizi di accoglienza in strutture emergenziali,
- Assistenza alimentare: pasti autorizzati presso mense sociali.

Passando agli interventi promossi a livello centrale, si osserva che il Dipartimento promozione dei servizi sociali e della salute promuove e gestisce i seguenti servizi e interventi:

- Interventi di promozione informazione,
- Sala Operativa per l'emergenza Sociale – SOS,
- Servizio di Tutela pubblica,
- Accoglienza di minori stranieri non accompagnati,
- Centri di pronta accoglienza dei minori 0-6 anni,
- Centri di pronta accoglienza per preadolescenti e adolescenti,
- Accoglienza in strutture residenziali per nuclei genitore-figlio,
- Assistenza domiciliare ai minori affetti da AIDS,
- Centri antiviolenza.

E' importante notare, in primo luogo, che a seguito dell'Ordinanza del Sindaco n. 248 del 24/9/2008 le competenze relative al Servizio di assistenza alloggiativa⁷ sono state trasferite all'Ufficio per le Politiche Abitative (come il "bonus abitativo" e l'assistenza nei residence).

Il Dipartimento promozione dei servizi sociali e della salute – U.O. Emergenza sociale e accoglienza continua a gestire tutto il servizio relativo all'accoglienza notturna degli adulti singoli e dei nuclei di madri con figli minori/gestanti in condizioni di emergenza.

Per le persone senza fissa dimora e con grave disagio sociale, è attivo un circuito di strutture residenziali in convenzione.

Nell'ottica della razionalizzazione e personalizzazione degli interventi, con i bandi di gara e l'aggiudicazione dei servizi, recentemente è stata ridisegnata la mappa dei centri di accoglienza,

⁷ Il Comune gestisce 4 strutture, per un totale di 186 appartamenti.

destinando un maggior numero di posti alle situazioni di emergenza sociale, con particolare riguardo all'accoglienza di situazioni di elevata fragilità e multi problematicità specialmente nel periodo più freddo dell'anno.

Le misure del "Piano freddo" hanno subito una leggera flessione negli ultimi 3 anni, anche in considerazione del periodo di tempo considerato di "emergenza", pur mantenendosi sostanzialmente su numeri di interventi superiori alle 1.100 unità. A questi si possono associare i 720 utenti dei Centri diurni di Via Sapi e Stazione Termini.

Dal punto di vista relazionale, emerge chiaramente che dopo il lavoro di sostegno molti utenti instaurano un rapporto di fiducia con gli operatori, che può costituire una spinta emotiva verso un percorso di cambiamento, anche se per questi utenti il rischio di recidiva è molto elevato.

La U.O. Emergenza Sociale e Accoglienza del Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute fornisce altri servizi che rispondono ai bisogni primari di molte persone disagiate, come le tradizionali 7 mense storiche, attivate ormai da anni attraverso convenzioni con Organismi del Terzo Settore e del Volontariato⁸ e le mense festive attivate in alcuni Municipi. A questi vanno aggiunti i pasti nelle strutture del circuito "madri con bambino", quelli del "piano freddo" e dei Centri di accoglienza ordinari. E' da osservare, però, che a fronte della pressante richiesta, gli organismi hanno erogato un numero di pasti di gran lunga superiori a quelli convenzionati.

In ottemperanza al nuovo assetto organizzativo e progettuale anche il servizio delle mense sociali è stato rimodulato nel 2009 per rispondere alle esigenze della popolazione senza fissa dimora, nonché dei singoli e dei nuclei in condizioni di povertà da reddito, tramite una più capillare e omogenea distribuzione territoriale delle mense convenzionate e della distribuzione di pasti. Sono stati, inoltre, attivati, servizi di fornitura di pasti caldi a domicilio nei Municipi IV, V, VII, VIII, IX, X, XII, XV, XVII, XVIII e XIX. Questo servizio, concordato con i Servizi sociali dei Municipi, il medico di famiglia e l'utente stesso, ha una duplice valenza: il soddisfacimento di un bisogno e, nel contempo, un sostegno alla persona che viene costantemente monitorata nella sua condizione, spesso di solitudine, dall'organismo gestore del Servizio ed eventualmente segnalato alla Sala Operativa sociale. La risposta alle necessità di cura della persona e il soddisfacimento dei bisogni primari quali il mangiare sono il primo passo per il riappropriarsi della dignità e andare verso la restituzione dei diritti di cittadinanza.

A fronte di tale situazione in un'ottica di programmazione, di implementazione e di miglioramento continuo, e nell'ambito del percorso di preparazione del nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, si individua quale obiettivo importante l'implementazione di formule di residenzialità h24 *dedicate* (ad alta intensità sociale e bassa intensità sanitaria) al fine di rispondere a tipologie specifiche di utenza quali:

- anziani senza fissa dimora, sempre in maggiore aumento, che non possono essere ospitati nei centri notturni e per i quali occorre prevedere una presa in carico h24 al fine di veicolare il passaggio dalla strada all'accoglienza per il traghettamento verso soluzioni più idonee e, a seconda del caso, in casa di riposo o in RSA.
- adulti singoli senza fissa dimora con patologie psichiatriche o legate alla dipendenza per le cui condizioni risulta altamente indicato prevedere delle formule di accoglienza integrata con i servizi psichiatrici territoriali e/o i servizi per le dipendenze, inserimenti mirati o reintegro nel mondo del lavoro.
- adulti singoli senza fissa dimora in gravi condizioni di vulnerabilità sociale che presentano patologie specifiche richiedenti terapie ambulatoriali dedicate quali chemioterapia, dialisi,

⁸ Via delle Sette Sale, 34; Via G.B Soria, 13; Lungomare Toscanelli, 176; Via Marsala, 109; Via Dandolo; Via degli Astalli; Via degli Apuli.

convalescenze post-operatorie che non consentono evidentemente la dimissione dal centro di accoglienza notturna.

- donne vittime di violenza, target sempre più in aumento, a fronte di una esigua disponibilità nel circuito dedicato. Tale tipologia di utenza richiede interventi specifici che non possono essere annoverati nel target caratteristico dell'emergenza sociale, anche se contestualmente alcune segnalazioni che pervengono richiedono risposte indifferibili.
- donne che vengono sostenute nel percorso di genitorialità nei centri di accoglienza per madri con figli minori, che decidono di lasciare il bambino, o in casa famiglia, o in affidamento, in casi estremi in adozione. Per il suddetto target occorre prevedere ogni più utile forma di tutela e sostegno, nella fase immediatamente successiva alla separazione.

Contestualmente andrebbe implementato il lavoro di raccordo con i Municipi e con i servizi socio-sanitari territoriali. Ciò in quanto, dai dati emersi dal circuito dell'emergenza e dell'accoglienza, si evince una scarsa mobilità soprattutto dalle strutture di II e III livello poiché, al momento della possibile dimissione, all'esito di un percorso progettuale andato a buon fine, sono carenti gli strumenti di supporto economico e di effettiva presa in carico che consentirebbero la fuoriuscita dal circuito assistenziale⁹.

Appendici

Appendice 1 – Lo studio e l'analisi della povertà

La misura della povertà può essere ottenuta come risultato dell'incrocio di quattro diversi parametri: il tenore di vita, il reddito, le misure assolute, le misure relative. I primi due parametri fanno riferimento al criterio di misura adottato, gli altri due al livello sul quale si collocano le misure. A seconda della scelta di questi parametri si ottengono misure diverse della povertà.

In genere sono preferite le misure basate sulla qualità della vita delle persone, ma spesso ci si imbatte sulla difficoltà che il tenore di vita è un concetto con caratteristiche altamente soggettive e variabili e che quindi è difficile da misurare e da cogliere in valore assoluto¹⁰. La soluzione che si adotta è un concetto di povertà relativo, in rapporto cioè alla situazione complessiva, agli standard di vita di una determinata società. Secondo questa interpretazione è ritenuto povero un individuo o una famiglia che non hanno i mezzi necessari per condurre quel tenore di vita valutato come "adeguato" nella medesima società, e quindi non ha consumi né determinati comportamenti socialmente definiti "normali".

Si ricorre inoltre molto frequentemente alle misure basate non sul consumo ma -viceversa- sul reddito, assunto il quale si danno due alternative:

- 1) stabilire una soglia di reddito e quindi definire beni e risorse, al di sotto del quale non è garantita la sopravvivenza e una vita dignitosa;
- 2) fissare un limite intermedio, sempre costituito da beni e risorse, stabilito però in relazione al livello di vita complessivo della società in esame, in quel periodo di tempo.

La prima soluzione introduce il concetto di povertà assoluta, ovvero si è poveri quando viene a mancare quel complesso di beni e risorse economiche, di cui l'uomo necessita per soddisfare i suoi bisogni vitali, cioè per sopravvivere dignitosamente. La seconda riflette invece un concetto di povertà relativa, ovvero si è poveri quando non si riescono a soddisfare i bisogni propri del

⁹ Delibera 154 (sostegno economico) e 163 (contributo economico per l'affitto).

¹⁰ Al riguardo si può vedere l'interessante lavoro sulla valutazione della qualità della vita a Roma in De Belvis A.G., Petrelli G., Prati S., Spagnolo A., 2001, *Indicatori di salute per la valutazione della qualità della vita. Proposta di un modello di analisi per Roma e Provincia*, in "Difesa Sociale" numero 4.

contesto sociale e temporale nel quale la persona vive. Con tale misura però non si coglie tanto la povertà quanto la disuguaglianza, ovvero la differenza che passa tra i redditi dei “poveri” da quelli dei “non poveri”, e quindi non si misura la povertà, ma il fatto che vi siano sempre dei soggetti che si trovano al di sotto di quella soglia, pur disponendo magari di redditi adeguati a condurre una vita dignitosa.

Le difficoltà della misurazione della povertà, poi, non si esauriscono solo con la scelta del criterio, piuttosto si complicano se la povertà viene valutata in rapporto all’individuo, o in rapporto al contesto familiare. Secondo quest’ultimo criterio si possono stabilire i livelli o le soglie di reddito o di consumo da cui partire.

Per convenzione si utilizza il reddito/consumo medio pro-capite. Il cosiddetto *International Standard of Poverty Line*, misura internazionale adottata in molte indagini, definisce povera una famiglia di due persone il cui consumo complessivo fosse uguale o minore al reddito pro-capite preso in esame in quell’anno. Attraverso la procedura delle “scale di equivalenza”, la Commissione di indagine sulla povertà e sull’emarginazione, istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, stimava la povertà in Italia, utilizzando l’indagine ISTAT sui consumi, che è la più attendibile tra quelle relative al tenore di vita.

C’è tuttavia un’altra indagine sulla povertà in Italia, che è quella promossa dalla Banca d’Italia, che ha per oggetto i bilanci delle famiglie italiane.

Appendice 2 – Norme recenti per il sostegno all'occupazione

Legge 28 gennaio 2009, n. 2 “Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto Legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti crisi il Quadro Strategico Nazionale”.

Legge Regionale Lazio 20 marzo 2009, n. 4 "Istituzione del reddito minimo garantito. Sostegno al reddito in favore dei disoccupati, inoccupati o precariamente occupati". (Cfr. *Delibera della Giunta Regionale Lazio 27 luglio 2009, n. 598*)

Legge 9 aprile 2009 n. 33 Misure urgenti a tutela dell'occupazione (ammortizzatori sociali, indennità di reinserimento a favore dei collaboratori a progetto e di lavoro accessorio, ecc..

Decreto Interministeriale 19 maggio 2009, n. 46441 "Accesso all'indennità di disoccupazione per le sospensioni dell'attività lavorativa".

Delibera della Giunta Regionale Lazio 6 agosto 2009, n. 649 "Approvazione programma annuale di attività dell'Agenzia Lazio Lavoro - Piano Attività 2009".

Appendice 3 – Norme per il contrasto della violenza sulle donne

Si riportano, senza alcuna pretesa di esaustività, alcune Direttive comunitarie e Leggi che prevedono interventi contro la violenza sulle donne.

Direttiva 76/207/CEE del Consiglio del 9 febbraio 1976 “Relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento fra gli uomini e le donne per quanto riguarda l'accesso al lavoro, alla formazione e alla promozione professionali e le condizioni di lavoro”

Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 Stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

Direttiva 97/81/CE del Consiglio del 15 dicembre 1997 Accordo quadro sul lavoro a tempo parziale concluso dall'UNICE, dal CEEP e dalla CES.

Direttiva 2002/73/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 settembre 2002 Modifica la direttiva 76/207/CEE del Consiglio relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento tra gli uomini e le donne per quanto riguarda l'accesso al lavoro, alla formazione e alla promozione professionali e le condizioni di lavoro.

Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 luglio 2006 Riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego.

Direttiva 2004/113/CE del Consiglio, del 13 dicembre 2004 Attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura.

Direttiva 96/34/CE concernente l'accordo quadro sul congedo parentale.

Direttiva 75/117/CEE del Consiglio del 10 febbraio 1975 Per il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati Membri relative all'applicazione del principio della parità delle retribuzioni tra i lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile (sostituita dalla Direttiva 2002/73 CE).

Direttiva 79/7/CEE del Consiglio del 19 dicembre 1978 Relativa alla graduale attuazione del principio di parità di trattamento tra gli uomini e le donne in materia di sicurezza sociale.

Direttiva 86/378/CEE del Consiglio del 24 luglio 1986 Relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento tra gli uomini e le donne nei regimi professionali di sicurezza sociali.

Direttiva 97/80/CE del consiglio del 15 dicembre 1997 Riguardante l'onere della prova nei casi di discriminazione basata sul sesso.

Direttiva 86/613/CEE del Consiglio dell'11 dicembre 1986 Relativa all'applicazione del principio della parità di trattamento fra gli uomini e le donne che esercitano un'attività autonoma, ivi comprese le attività nel settore agricolo, e relativa altresì alla tutela della maternità

Direttiva 92/85/CEE del Consiglio del 19 ottobre 1992 Concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento (decima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE)

Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione e del Ministro per i diritti e le pari opportunità “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”.

Legge 66/96 “Norme contro la violenza sessuale”

Legge 154/2001 “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”

Legge Regionale N. 64/93 “Norme per l'istituzione di centri antiviolenza o case rifugio per donne maltrattate nella Regione Lazio”

Appendice 4 – L'emergenza casa a Roma¹¹

La questione alloggiativa è da sempre un'emergenza per la quale l'Amministrazione capitolina sta approntando risposte strutturali che superino l'impasse che ha caratterizzato per anni la tematica. Del resto la situazione deve essere considerata grave, se vista anche in relazione al mercato delle locazioni, che dal '99 hanno subito un aumento superiore al 150%. A Roma il canone medio per un monolocale è di 805 € (con picchi massimi di 1.085 € nel I Municipio e valori minimi nell'VIII di 630 €); per un bilocale è di 1.010 € (con picchi massimi di 1.410 € in I e II Municipio e valori minimi di 750 € in V e VIII). Motivo per cui, per risparmiare, molti nuclei familiari hanno preferito spostarsi nei comuni della prima cintura intorno alla Capitale. E il Comune di Roma ha reagito a tale tendenza acquisendo alloggi Erp ad Anzio, Lavinio e Pomezia.

Canoni, quelli del mercato immobiliare, proibitivi non solo per le famiglie a basso reddito (inferiore ai 15.000 € annui) con figli, ma anche per nuclei appartenenti al "ceto medio", fino a qualche anno fa al riparo dal pericolo di deriva sociale, oggi sempre più vulnerabili e a rischio di esclusione sociale. Un rischio che interessa non solo le categorie di chi versa in condizioni di miseria da generazioni, ma anche i c.d. *inclusi* che, in ragione di pervasive e persistenti disuguaglianze sociali, si trovano in condizioni economiche e sociali subordinate, precarie ed incerte.

Un "ceto medio" che si trova costretto a vivere situazioni di emergenza alloggiativa o in occupazione: al suo interno, famiglie monoreddito (1.200-1.300 € mensili) con figli, in cui l'unico percettore di reddito, pur disponendo di un'occupazione sicura, con contratto a tempo indeterminato, si trova a perderlo, entrando in cassa integrazione o in mobilità, e sperimentando così una drastica riduzione di risorse alla quale fanno seguito una serie di difficoltà, prime tra tutte l'impossibilità di far fronte alle spese di affitto e utenze, nonché al mantenimento della famiglia.

Si tratta di uomini tra i 35 e i 54 anni, sui quali la fase recessiva dell'economia ha iniziato a farsi sentire, bruciando posti di lavoro e dilatando i tempi di durata della disoccupazione (Istat 2009). Un discorso analogo vale per le giovani coppie *dual earner*, in cui entrambi i partner hanno occupazioni atipiche o "non standard", in cui l'instabilità lavorativa si traduce in interruzione dei rinnovi con pesanti ripercussioni sul reddito disponibile. Anche in questi casi, la prima difficoltà con cui ci si trova a dover fare i conti è il mantenimento dell'alloggio, il più delle volte in affitto. A questo quadro vanno aggiunte le condizioni di persone anziane che vivono sole con esigue pensioni sociali o di reversibilità (300-400 euro mensili) sotto sfratto esecutivo per morosità; coppie di anziani con una sola pensione o con due pensioni minime, spesso con figli adulti conviventi, non raramente disoccupati, non più in grado di sostenere le spese di affitto e utenze¹².

Un'altra tipologia di soggetti che hanno avvertito fortemente i segni della crisi economico-finanziaria sono i piccoli commercianti, gli artigiani e i lavoratori autonomi più in generale.

Si tratta di lavoratori che, una volta attinto ai risparmi di una vita, hanno richiesto prestiti a società finanziarie, alla cui restituzione non riescono più a far fronte. Quando giungono ai servizi sociali non dispongono più di risorse proprie su cui poter contare e gli strumenti a disposizione per fronteggiare tali criticità sono del tutto insufficienti. Evidenze confermate anche dai dati raccolti attraverso il Sistema informativo sociale della Caritas nei 35 centri di ascolto parrocchiali che operano su Roma. Da un confronto tra i dati relativi al periodo 2008, 2009 e 2010 si rileva anzitutto un sensibile aumento della popolazione che si rivolge a questi sportelli, specialmente con riguardo alla componente italiana. Una novità, se si considera che in genere a queste "porte sociali" approdano per lo più stranieri.

¹¹Estratto con riduzioni dal "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 2009" a cura della Commissione d'Indagine sull'Esclusione Sociale, Novembre 2009.

¹²Cfr. il testo elaborato dal Gruppo di lavoro "Persone anziane".

Una popolazione in prevalenza femminile, per oltre il 70% del totale. Rispetto allo stato civile, aumentano le persone coniugate, così come coloro che rimangono soli, sia in seguito alla perdita del partner, sia in seguito a una separazione. Nel 2010 sono transitati dalla vita di coppia a quella di single per lutto o separazione il 2,6% in più rispetto al 2008. Sono aumentati di circa tre punti percentuali anche i nuclei con 2-3 figli, così come è accaduto per quelli monogenitoriali.

Da sottolineare l'avvicinarsi ai centri d'ascolto Caritas anche di un sensibile numero di persone che dispongono di una casa di proprietà, al pari di chi vive in affitto, presso amici o parenti. Aumentano in modo piuttosto preoccupante coloro che si mantengono con lavori saltuari o che vivono di espedienti e che si rivolgono ai centri in cerca di lavoro. La percentuale sul totale di questi soggetti cresce significativamente, passando dal 6,4% del 2008 al 13,1 % del 2009, al 14,8 del 2010.

Quali eventi possono portare questi soggetti a trovarsi "senza casa"? Per mettere a fuoco il concatenarsi di eventi in ragione dei quali la traiettoria biografica di un soggetto può prendere un'inclinazione pericolosamente discendente, declinandosi come un vero e proprio percorso di esclusione sociale, sono state raccolte oltre venticinque storie di vita di persone che, al momento di questo studio, vivevano in occupazione collettiva o singola, in case di alloggio Erp, in residenze comunali di accoglienza temporanea.

Se si guarda al background familiare e culturale di queste persone si rileva il ricorrere di alcuni eventi di frattura che, da soli o in combinazione con altri, hanno accresciuto nel tempo la loro vulnerabilità sociale. Nella ricostruzione dei percorsi biografici delle persone intervistate ricorrono precoci e radicali interruzioni dei rapporti con la famiglia di origine, dovuti sia alla problematicità della gestione della genitorialità, ad una elevata conflittualità interna alle relazioni, alla divergenza di vedute sul futuro, al presentarsi di gravidanze non accettate, alla frequentazione di compagnie non condivise, al desiderio di affrancarsi dalla tutela autoritaria di padri ingombranti e dispotici, ecc.

A queste situazioni spesso si associano percorsi formativi brevi, caratterizzati dal precoce abbandono degli studi, deciso per abbracciare un mondo del lavoro fatto di lavori e lavoretti in nero, a bassa qualificazione e mal pagati. Lo studio è vissuto come inutile orpello, come ostacolo alla sospirata autonomia e indipendenza dalla famiglia di origine. Nel lavoro, anche se non regolare, il nulla-osta verso la libertà. Di fatto non è che il primo passo verso una dipendenza dal bisogno che difficilmente queste persone nella vita riusciranno ad evitare. Una nuova schiavitù, che non consente di indirizzare la propria vita verso un'effettiva autonomia. A questo punto le narrative prendono vie diverse: c'è chi non ce la fa a sostenere il peso esistenziale della responsabilità e si abbandona al traffico e all'uso di sostanze; chi cede alla persuasione del guadagno "facile" e si inserisce in percorsi di microcriminalità; chi rimane vittima di malattie psico-fisiche che ne minano la capacità stessa di "rifarsi" una vita; chi trova la forza di reagire e a costo di grandi sacrifici proietta la sua esistenza su quella dei propri figli; chi investe tutto in un progetto familiare proprio; chi si rimette in gioco e cerca di recuperare quanto perduto.

Non è facile fare sintesi rispetto alla svariata gamma di problemi che possono presentarsi da soli o in inimmaginabili combinazioni e concatenazioni nelle quali diventa difficile anche solo tentare di inserirsi per ri-costruire una progettualità di vita.

Senza alcun dubbio un intervento precoce, quando ancora queste persone sono inserite nel circuito scolastico, potrebbe davvero fare la differenza. Un intervento integrato sulla famiglia e sul contesto scolastico potrebbe favorire la prevenzione di precoci uscite dalla scuola, primo e determinante punto di rottura con il sistema.

Ciò che accomuna gran parte di queste persone, sia quelle che hanno una casa Erp (ma sono morose), che vivono in occupazione o che sono in affitto, è il rischio di perdere l'unico punto fermo della propria esistenza: la casa. La casa rappresenta il centro di gravità del sistema delle certezze di questa fascia di popolazione.

Non di rado le persone intervistate nel corso di questa ricerca hanno dichiarato che nel momento in cui dovessero perdere *anche* la casa, non avrebbe più senso continuare a vivere. Sono consapevoli che, data la penuria di strumenti di assistenza, la strada costituirebbe l'esito ultimo di questo processo. E non è raro incontrare oggi a Roma persone che vivono in ex mercati coperti abbandonati, in furgoni o roulotte, in dimore improprie allestite all'imbrunire in luoghi insospettabili di giorno. È crescente il numero di residenze fittizie¹³ rilasciate dai Municipi a persone che non dispongono di una dimora stabile.

Non è raro incontrare persone che vivono in occupazione di alloggi, vuoi di tipo collettivo - sostenute da movimenti di lotta locali (Action, Coordinamento, Movimento lotta per la casa, Casa Pound) a forte connotazione politica ma trasversale ai due schieramenti di destra e di sinistra - vuoi a carattere individuale. Si tratta di persone che, "risolto" il problema della casa, sono in grado col reddito disponibile di "sopravvivere", di assicurare a sé e alla propria famiglia almeno un livello minimo di sussistenza. Persone che desidererebbero pagare un canone sociale a fronte di un alloggio pubblico, ma che devono confrontarsi con l'attuale penuria di alloggi Erp.

Attualmente le risposte allo specifico problema della casa si concentrano sull'erogazione di una serie di contributi a sostegno del pagamento dei canoni d'affitto o in aiuto al nucleo familiare o alle singole persone.

A livello municipale le risorse in campo sono ugualmente limitate: gli assistenti sociali possono contare sui contributi per l'affitto ex delibera comunale 163/1998, che prevede l'erogazione di un contributo per un periodo massimo di quattro anni a persone con sfratto eseguito, che hanno già dovuto abbandonare l'alloggio e che presentano un nuovo contratto di locazione regolarmente registrato. In genere tali contributi, che non possono superare i 516 euro mensili, vengono erogati con cadenza bimestrale.

L'emergenza abitativa costa al Comune diversi milioni di euro l'anno per affitti di strutture (monolocali o bilocali), per i quali il Comune paga da un minimo di 1.260 € al mese sino a 3.500. Molti insediamenti di case popolari ex Iacp ora Erp non si distinguono dalla realtà dei residence per l'inadeguatezza urbanistica a soddisfare i bisogni minimali delle persone che vi abitano.

¹³ Le residenze fittizie sono fissate in base alla Delibera comunale 172/2002 in Via Modesta Valenti, luogo convenzionale che sostituisce la c.d. Via della Casa Comunale e sono attribuite a persone che hanno perso la residenza in seguito a procedura di irreperibilità. Ogni Municipio ha il suo indirizzo di residenza fittizia: il I Municipio ha il civico 1; il II il civico 21; il III Municipio il 3 ecc... In questa stessa delibera, alcune associazioni e cooperative sociali del territorio sono autorizzate a rilasciare indirizzi convenzionali per la fissazione di residenze fittizie.

Appendice 5 – Socialmente esclusi: senza lavoro, né pensione¹⁴

Il primo dato che colpisce nelle persone che abbiamo avvicinato in questa indagine – cittadini italiani, non immigrati – è che, la maggior parte di loro, pur essendo in là con gli anni, non sono né anziani né vecchi. I termini sono piuttosto vaghi, ma convenzionalmente stanno ad indicare, rispettivamente, la conclusione del percorso lavorativo e l'inizio della dipendenza. Alcuni, ma pochi, integrano pienamente una o l'altra di queste condizioni. Nella gran parte dei casi, tuttavia, si tratta invece di persone le quali, pur essendo ancora relativamente "giovani", in un'età compresa tra 55 e 65 anni, hanno ormai da tempo cessato del tutto di lavorare ed hanno alle spalle una più o meno lunga storia di occupazioni precarie; sicché, all'atto pratico, non percepiscono più alcun reddito né hanno ancora maturato il diritto ad una pensione sociale.

Per una serie di vicende, pressoché tutti hanno un tetto sulla testa ma non un luogo dove andare ad abitare e soprattutto non possono contare su alcun aiuto da parte dei familiari. In sostanza, sono rimasti soli. Per lo più hanno alle spalle un matrimonio fallito ed hanno ancora dei figli da qualche parte, ma sono legami ormai perduti e logorati dal tempo. La loro condizione è ulteriormente aggravata da malattie più o meno invalidanti, in qualche caso di rilievo psichiatrico; che non è agevole appurare se costituiscano la causa o la conseguenza del loro stato attuale.

Il che dà loro la possibilità di percepire un qualche trattamento di invalidità; che rappresenta di norma l'unica fonte di entrata di cui dispongono.

Che stiano ai margini della società, non vi sono dunque dubbi. Ma la loro esclusione è di natura alquanto particolare. Come detto, la quasi totalità di loro non ha una casa. Vivono in luoghi di accoglienza più o meno temporanei, magari con la prospettiva di uscirne un giorno per finire in una casa di riposo; se e quando l'età glielo consentirà. La carriera scolastica è quasi nulla; la maggior parte di loro ha lasciato la scuola ben prima di conseguire la licenza media. I legami con i familiari, il coniuge, i figli e i parenti, sono per molti di loro, se non tutti, pressoché inesistenti, ormai un ricordo sbiadito e lontano, spesso vissuto con rimorso o nostalgia; comunque sia, non hanno più nessuno che li possa sostenere o che sia disponibile a farsene carico, offrendo loro ospitalità o un sostegno economico. Se mai hanno lavorato in passato, sono stati occupati in lavori e lavoretti occasionali e assolutamente precari, per lo più al nero e senza copertura contributiva. In ogni caso, non vi sono le condizioni per accedere ad una pensione dignitosa.

In definitiva, la loro realtà attuale è quella di chi si trova come sospeso in un limbo, collocato o confinato in una zona franca che non gli consente di percepire un adeguato trattamento previdenziale né di fare domanda per la pensione sociale per mancanza dei requisiti. Né di qua né di là: troppo vecchi per lavorare, non abbastanza per ritirarsi.

Eppure, per i più l'assillo economico non è il problema maggiore. Dopotutto, quei pochi soldi di cui dispongono debbono servire solo per il "superfluo" (i biglietti dell'autobus, un caffè al bar, un frugale pranzo in trattoria, accompagnarsi con qualche donna); per il resto, le comunità che li accolgono provvedono a tutte o quasi le loro necessità primarie, dal vitto all'alloggio, dagli esami clinici alle cure mediche, dai vestiti a qualche intrattenimento ricreativo.

Salvo rari casi, perciò, non è una casa, un'abitazione privata, il luogo in cui li si incontra. Quasi sempre è un centro di assistenza, gestito da un istituto benefico o da una cooperativa di servizio, che offre loro un riparo, in attesa di una sistemazione migliore in un alloggio popolare; al quale molti di loro aspirano ma probabilmente non approderanno mai.

¹⁴Estratto con riduzioni dal "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 2009" a cura della Commissione d'Indagine sull'Esclusione Sociale, Novembre 2009.

Alcuni, pochi, vivono per strada, sebbene il “barbonismo” sia un’esperienza della loro vita che i più hanno da qualche tempo superata, che hanno praticato in passato, per qualche giorno i più fortunati, per mesi altri, prima di approdare, passando per un ostello, al luogo dove ora si trovano; perciò, in senso tecnico, non si possono classificare come *homeless*. O li si può semplicemente incontrare presso una delle tante mense per poveri presenti in vari quartieri della città, dove vanno un po’ per necessità, un po’ per trovare qualcuno con cui scambiare poche parole, confidare un bisogno, chiedere qualcosa, denunciare con qualche pudore la loro condizione a patto che in giro non lo si venga a sapere.

In questa indagine li abbiamo incontrati presso alcune comunità alloggio e centri di accoglienza per anziani della Caritas diocesana di Roma (Santa Giacinta, Fidene II, Grottapinta), qualcuno anche alla mensa di Via Dandolo gestita dalla Comunità di Sant’Egidio, altri attraverso l’Arciconfraternita del S.S. Sacramento e di S. Tritone di Via Gallia e la cooperativa Progetto Salute, che ci hanno messo in contatto sia con anziani che vivono in casa sia per strada.

Anche se alcuni passaggi si ripresentano sostanzialmente invariati, le vicende che contraddistinguono la vita di queste persone sono fra loro diverse, e peraltro comuni alla maggior parte delle storie degli esclusi, dei tanti poveri e marginali che capita quotidianamente di incrociare nelle strade di ogni città. In un certo senso, la loro condizione riassume e riepiloga tutte le forme di povertà che popolano il territorio delle grandi aree urbane: sintesi e punto di arrivo di un percorso che ha attraversato tutte le stazioni di una precarietà di volta in volta incipiente e annunciata; individui che, ad ogni snodo, ad ogni stazione, della loro biografia, hanno – per scelta o necessità, consapevolmente o meno – sempre imboccato la direzione sbagliata.

Ciò che nella biografia di una persona adulta nel pieno degli anni si presenta come difficoltà contingente o come annuncio di un avvenire incerto e problematico – la mancanza di un lavoro, un periodo più o meno lungo di disoccupazione, il problema della casa, le difficoltà legate alla crescita dei figli, l’instabilità delle relazioni familiari – in quella degli anziani, che si sono ormai lasciati alle spalle il pezzo più lungo della vita, assume inevitabilmente la forma di un racconto declinato al passato, riepilogo di un’esistenza che a quel punto non può più essere cambiata ed è ormai diventata irreversibile.

Pochi tratti essenziali sono sufficienti a ricostruire questi percorsi. Per alcuni di loro i problemi cominciano ancor prima di nascere o sperimentano da subito, per fatalità o errori di chi li ha generati, l’abbandono, il ricovero in brefotrofo, violenze e maltrattamenti, cui segue spesso, una volta divenuti adulti, la fatale riedizione delle esperienze disastrose e spesso violente dei loro padri e delle loro madri. La loro esistenza ne resterà segnata per sempre, anche se è difficile attraverso l’intervista riuscire a comprendere a fondo quanto e come.

La precoce interruzione degli studi si presenta nelle loro storie quasi come una costante. Tra gli anziani è una caratteristica ricorrente, almeno in Italia. Il punto è che le persone intervistate sono entrate in età scolare intorno agli anni ’50-’60 quando l’istruzione di massa aveva ormai preso piede e la sola licenza elementare già non bastava più a garantire un’adeguata sicurezza nella carriera lavorativa. Sicché, anche se non molti mostrano di averne coscienza, la scarso livello di istruzione è il primo serio handicap che ipotoca il corso della loro vita.

Qualcuno, non pochi, comincia a lavorare precocemente appena dopo aver abbandonato la scuola, altri – in particolare le donne – non fanno niente o meglio danno una mano in casa, la propria e di altri, nell’attesa del matrimonio. Accanto al fallimento scolastico, un altro tratto ricorrente in queste storie è il lavoro nero. La stragrande maggioranza di questi anziani hanno lavorato per una parte della loro vita, talvolta guadagnando anche piuttosto bene.

Ma passando da un'impresa all'altra, da un posto di lavoro all'altro, sempre senza il versamento di regolari contributi. A questo punto le strade si dividono o si moltiplicano. Su questo composto invariante, in cui si uniscono povertà scolastica e irregolarità lavorativa, si impiantano vicende singolari, quasi sempre nettamente separate in base al genere. Per le donne di questa generazione, che non hanno mai iniziato una vera e propria attività lavorativa, ciò che più ha pesato sul loro destino è l'instabilità matrimoniale e familiare. Pressoché tutte hanno alle spalle una storia di abbandoni e separazioni. Compagni o mariti che se ne vanno di casa lasciandole con i figli e tutto, senza un lavoro, senza un soldo, senza un aiuto, principio di un itinerario nel disagio che in molti casi avevano già vissuto da figlie nella famiglia d'origine e che, di nuovo, rivivono senza variazioni nella loro vita affettiva e familiare. Non meno frequente è il caso di donne che, figlie di padri alcolizzati, sposano a loro volta uomini dediti all'alcol, che irrimediabilmente perdono il lavoro, diventano violenti con la moglie e i figli, talvolta fino ad abusarne sessualmente. Percorsi che si ripetono. Tant'è che alla domanda che cosa non rifarebbero se potessero tornare indietro, la risposta è sempre la stessa: il matrimonio.

Per gli uomini invece è soprattutto il lavoro che finirà per gravare sul risultato finale. Anche tra gli uomini il fallimento matrimoniale ha giocato un certo ruolo, ma per lo più la vicenda li ha visto dalla parte dei protagonisti anziché delle vittime: semplicemente se ne sono andati di casa, si sono messi con un'altra donna e chi s'è visto s'è visto. A parte questo, la variabile decisiva è appunto il lavoro. Un lavoro segnato da frequenti interruzioni, un po' qua e un po' là, talvolta con esperienze lavorative ben compensate in qualche paese straniero; cogliendo le occasioni che offriva il mercato. Al nero, senza contributi, quasi sempre. Senza alcuna preoccupazione per il futuro. Ecco, l'assenza di una prospettiva futura, la mancata anticipazione di che cosa sarebbe stata la loro vita dopo, una volta vecchi, troppo anziani per essere tenuti presenti, è una caratteristica ricorrente di queste biografie. Come si dice? hanno vissuto alla giornata, accontentandosi di guadagnare quanto era necessario per mantenere la famiglia. Alcuni di loro raccontano di momenti in cui disponevano di parecchio denaro, che poi hanno dilapidato nel giro di qualche anno quando, per le ragioni più diverse, si sono venuti a trovare "improvvisamente" in ristrettezze economiche.

L'improvvisamente richiama un ulteriore elemento tipico della vita di queste persone. Dietro c'è un po' di tutto: il licenziamento, i fallimenti delle ditte in cui erano occupati, la passione per l'alcol, per alcuni le donne, la morte di un figlio o della compagna di una vita, e soprattutto gli infortuni, gli incidenti sul lavoro e le malattie.

Appendice 6 – Interventi e servizi di contrasto della povertà e del disagio sociale

Segretariato sociale. Questo servizio – rivolto a tutti i cittadini di ciascun Municipio - è finalizzato a informare i cittadini sui diritti e le opportunità presenti nel territorio, con l’obiettivo di orientare e accompagnare gli stessi nell’accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Servizio sociale professionale. Costituisce lo “snodo” del sistema territoriale e settoriale dei servizi sociali. Ha lo scopo di valutare le problematiche sociali ed eventualmente la “presa in carico” delle persone che vivono in condizione di disagio sociale, predisponendo un progetto personalizzato di interventi e prestazioni.

Assistenza alloggiativa (Del. C.C. 163/98). Contributo economico transitorio al nucleo familiare in difficoltà abitativa, a seguito di una sentenza di sfratto e avente un reddito non superiore a Euro 11.362.05, come ausilio nel pagamento del canone d'affitto di un nuovo alloggio privato.

Contributo “una tantum” per il gas (Del. G.C. 672/2005). Contributo straordinario per i nuclei familiari a basso reddito, finalizzati al pagamento delle utenze gas. Sono comprese spese particolari quali, a titolo esemplificativo: consumo elevato sia del riscaldamento autonomo che sia centralizzato; sostituzione caldaia; adeguamento norme sulla corretta tenuta delle caldaie; nuovi posizionamenti delle caldaie negli appartamenti; sostituzioni macchine gas.

Bonus affitto. Il Comune di Roma pubblica annualmente il bando per i buoni casa, che permette ai beneficiari, attraverso il rispetto degli opportuni requisiti, di usufruire di un bonus integrativo per il pagamento dell’affitto.

Riduzione tariffa rifiuti. L’intervento prevede la riduzione annua di 90 Euro per nucleo familiare, sulla base di determinati criteri.

Servizi di **mensa sociale** e di **accoglienza residenziale** attivati in collaborazione con Organismi del Terzo Settore e del Volontariato. In particolare nel periodo invernale (Piano freddo) che funzionano come centro di sosta e di accoglienza.

Appendice 7 – La Sala Operativa Sociale

Il servizio ha lo scopo di affrontare le emergenze di carattere sociale che si verificano sul territorio cittadino ed è finalizzato a intercettare il disagio, laddove si manifesta, attivando percorsi individualizzati volti a dare una risposta efficace alle persone in difficoltà.

Il servizio — primo in Italia — è stato attivato in via sperimentale nel febbraio del 2002 ed è affidato a organismi del Terzo Settore in convenzione con il Comune di Roma. Si rivolge a tutti i cittadini, istituzioni e servizi che intendono segnalare situazioni di emergenza sociale (forze dell'ordine, servizi sociali, ospedali, magistratura, ecc.).

L'accesso avviene mediante contatto telefonico al call center della Sala Operativa Sociale, mediante numero verde 800.440022, attivo 24 ore su 24 tutti i giorni. Non esistono requisiti formali per accedere al servizio, che è gratuito.

Il servizio dispone di un Front Office con un coordinatore di Sala e 14 operatori telefonici esperti con specifica formazione in counseling (ascolto, filtro valutazione e invio), che attraverso una turnazione coprono le n.5 postazioni telefoniche e il servizio attivo h24 tutti i giorni dell'anno e un Back Office con un coordinatore di Servizio Sociale, 3 assistenti sociali e 6 Unità di Strada, di cui 5 diurne che coprono il territorio di ciascuna ASL romana e i relativi Municipi corrispondenti e di una attiva nell'orario notturno.

Le principali attività realizzate dal servizio sono:

- decodifica e valutazione della richiesta telefonica;
- sostegno telefonico;
- orientamento e informazione;
- coordinamento delle attività legate a emergenze di carattere sociale;
- invio dell'unità di strada per verifica della situazione segnalata;
- inserimento in strutture d'accoglienza;
- attivazione dei servizi territoriali e della rete formale e informale;
- assistenza e collocamento di minori non accompagnati;
- gestione del Data-Base;
- presa in carico temporanea in attesa dell'attivazione dei Servizi Sociali e Sanitari preposti;
- prestazioni specifiche secondo le necessità: ricovero ospedaliero o presso altre strutture (per esempio case di cura, case famiglia per minori) e altre necessità.

Il servizio della Sala Operativa Sociale, che registra un costante incremento degli interventi a livello cittadino, è attualmente in fase di riordino organizzativo. E' stato inoltre avviato il potenziamento del servizio con una unità mobile destinata al territorio denominato "Mura Aureliane" (attualmente dedicata alle azioni del piano di delocalizzazione dei campi nomadi).

Le unità mobili hanno il compito di intervenire sul posto (verifiche, visite domiciliari, sopralluoghi congiunti con il NAE e se del caso con le forze dell'ordine in ogni situazione di emergenza segnalata alla Sala, di monitorare costantemente il territorio in relazione al disagio urbano estremo, di acquisire gli elementi informativi utili ad impostare l'intervento, di segnalare e affidare l'utente ad un referente istituzionale o alla rete formale ed informale dei servizi sociosanitari territoriali, nonché di provvedere nelle situazioni richieste alla fornitura di beni di prima necessità nelle situazioni più estreme di cronicità di strada.

E' attivo il nuovo software per il potenziamento del *data base* e il collegamento delle informazioni tra la centrale e i centri di accoglienza; ogni situazione segnalata viene relazionata e registrata nel rispetto della *privacy* e delle norme di accesso ai documenti e rappresenta uno strumento di conoscenza utile per seguire gli utenti, la loro situazione nel tempo e a fornire elementi utili alla programmazione del servizio e all'avvio di nuove metodologie di intervento.

A seguito dell'attivazione dei centri di ricettività per il periodo freddo, è stato avviato un ulteriore programma con un database specifico collegato ai centri di accoglienza al fine di disporre in tempo reale della disponibilità dei posti e successivamente procedere alla elaborazione dei dati per la programmazione dei successivi servizi.

L'obiettivo è continuare a promuovere interventi e attivare servizi in modo da far coincidere l'alta qualità del servizio con la richiesta di nuovi posti di accoglienza in termini di sostenibilità e compatibilità, di efficienza e di efficacia, tenendo ben presente il costante *trend* di aumento di persone che si trovano costrette a vivere sulla strada.

Appendice 8 – La rete alimentare cittadina

Dall'esperienza iniziata nel dicembre 2004 del magazzino della solidarietà "Aiutare chi aiuta" presso via Assisi n. 39, usato per stoccare coperte, abbigliamento, generi di prima necessità acquistati dal Comune e a disposizione delle associazioni di volontariato attive sul fronte dell'assistenza per le persone senza fissa dimora, è sorto il progetto, coordinato dalla Sala Operativa Sociale, "Roma Non Spreca" che si occupa di promuovere la collaborazione con le grandi catene di distribuzione (ipermercati, supermercati e mercati rionali) che forniscono vari generi alimentari e beni di largo consumo. I prodotti vengono destinati ai centri di accoglienza, tramite le Onlus di riferimento, consentendo un sostanzioso risparmio economico e introducendo una collaborazione fattiva tra il profit e *non profit*.

Il servizio "Roma Non Spreca" ha creato una rete di fornitori e di fruitori delle risorse da raccogliere e redistribuire. Uno dei prossimi obiettivi è quello di privilegiare la territorialità dei bisogni e delle risorse e ciò con il duplice scopo, quello di facilitare il raccordo tra i fornitori e beneficiari (anche per ridurre gli sprechi di alimenti deperibili che vanno consumati tempestivamente) e quello di favorire l'immissione nell'elenco dei beneficiari, anche di tutte quelle realtà piccole che si occupano di accoglienza, ma che rischierebbero di rimanere esclusi dal circuito della fornitura.

A seguito di un protocollo di intesa stipulato con la Fondazione "Banco Alimentare ONLUS", è stato avviato un progetto di una "Rete alimentare e siticibo" per integrare con il recupero di cibi freschi e cucinati, il sostegno fornito dalle aziende e l'azione di assistenza ai più poveri della città.

L'obiettivo della "Rete alimentare cittadina" è dunque ridurre lo spreco di cibo, trasformando le eccedenze di mense, supermercati, mercati rionali e negozi in risorsa per chi ne ha bisogno. L'idea di fondo consiste nel far incontrare domanda e offerta, bisogno e disponibilità: da un lato chi produce cibo o ne gestisce grandi quantità – e, in mancanza di alternative, ne getta quotidianamente una parte nella spazzatura –, all'altro capo singole persone e famiglie impoverite dalla congiuntura globale, che con quel "cibo di nessuno" possono integrare la loro alimentazione.

La rete alimentare cittadina è partita nei Municipi I, XII e XVIII, poi, nell'arco di alcuni mesi, è stato esteso all'intera città. Si prevede che il sistema, una volta a regime, consentirà di recuperare ogni giorno almeno 10.800 pasti, per un valore di circa 40 mila euro; su scala annuale, 2,5 milioni di pasti all'anno per 8,3 milioni di euro.

Il programma operativo ha previsto: mappatura del territorio (con l'individuazione di chi ha bisogno di cibo e di chi ne ha in eccedenza), creazione di una sala di coordinamento in grado tra l'altro di intervenire nei casi urgenti, collegamento continuo tra domanda e offerta. Infine la distribuzione, a cura di operatori di enti assistenziali.

In relazione ai buoni risultati raggiunti nel 2010 dal progetto, questo è oggetto di ulteriore implementazione al fine di creare un "sistema" di raccolta cittadino che consenta di ottimizzare la distribuzione di cibi.

Appendice 9 – Il Programma RETIS

"Mappare" il disagio sociale a Roma, raccogliere e aggiornare il quadro completo delle opportunità di formazione e lavoro per gli emarginati, incrociare i dati e mettere in contatto domanda e offerta, avviando le persone fragili a concreti percorsi d'inserimento e alla conquista dell'autonomia. Sono questi gli obiettivi del programma RETIS (Rete di Inclusione Sociale), nuova struttura permanente creata dal Comune.

Con RETIS si intende uscire dalle logiche dell'assistenza per far camminare le persone sulle proprie gambe, promuovendone l'autonomia.

La "rete" nasce per "mettere a sistema" e collegare due mondi: il pianeta fragilità ed emarginazione e quello formato dai molti che possono dare risposte al bisogno. Da un lato gli assistiti dei servizi sociali comunali, i disabili lievi, i minori sotto tutela ma anche le vittime di sfruttamento e chi, coinvolto da ordinanze e provvedimenti, sceglie la via della legalità e dell'inserimento (nomadi, lavavetri...). Dall'altra, il mondo produttivo romano comprese aziende pubbliche, cooperative, Onlus, associazioni di volontariato laiche e cattoliche.

RETIS agirà secondo la logica dell'aggiornamento continuo, con una cabina di regia che raccoglierà ogni informazione sulle aree di disagio presenti sul territorio della Capitale e sulle possibilità di formazione e lavoro. Il tutto andrà a formare una banca dati in grado di "coniugare opportunità e criticità, domanda e offerta, progetti sociali in atto ed eventuali destinatari". Per questi ultimi, purché in regola con il permesso di soggiorno se immigrati, si aprirà la porta dei tirocini, delle borse lavoro, del micro-credito.

Il Comune sostiene il programma con circa 700 mila euro. Primo passo, due progetti d'inserimento, attuati rispettivamente con Ama e Confcooperative: il primo riguarda la raccolta dei rifiuti ingombranti, l'altro la partecipazione alle nuove squadre di pronto intervento del decoro urbano. Per questi due progetti verrà data priorità a persone in evidente stato di marginalità.

Per il prossimo futuro si prevede il trasferimento del programma RETIS all'interno delle attività della Fondazione Roma Solidale, al fine di dare ulteriore velocità di attuazione a questo importante progetto.

SECONDA PARTE. I RISULTATI DEL FORUM TEMATICO

1° Sottogruppo. "Povertà estreme"

Casa

- a) Riconoscimento del diritto di cittadinanza; facilitare l'ottenimento della residenza.
- b) Norme e politiche abitative.
 - b.1) Revisione della delibera comunale 163/98 (emergenza abitativa) la cui applicazione risulta inadeguata rispetto alla attuale situazione degli sfratti; uniformare le modalità di attuazione della normativa nei diversi Municipi.
 - b.2) Reperire abitazioni sul libero mercato per andare incontro alle esigenze di Housing delle PSD: coinvolgere l'Ufficio Politiche abitative con dei tavoli di lavoro;
- c) Mappare il territorio per individuare beni demaniali e confiscati non utilizzati da adibire a case appartamento anche in semiautonomia.
- d) Realizzare dei Tavoli Tecnici Permanenti con gli attori Pubblici e Privati per la valutazione e la programmazione di azioni condivise.
- e) Strutturare delle modalità di sostegno all'affitto anche attraverso l'istituzione di una figura che faccia da garante tramite realizzazione di accordi con Assicurazioni e tavoli di confronto con i proprietari.
- f) Aumentare le strutture per Donne Vittima di Violenza.

Lavoro

Il tema del lavoro è stato suddiviso in due sezioni, una dedicata agli utenti dei servizi ed una dedicata agli operatori. È infatti emerso come la situazione degli operatori impegnati nell'assistenza alle persone emarginate sia a volte piuttosto precaria. Il forum ha sottolineato questo aspetto con l'intenzione di portarlo in evidenza nel piano regolatore sociale. Tutelare i diritti dei lavoratori sociali significa certamente favorire i percorsi di recupero anche degli utenti che da quelli operatori sono assistiti.

Il lavoro per gli utenti

1. Valorizzazione delle esperienze di lavoro già avviate dai municipi sul territorio quali per esempio i percorsi guidati di inserimento al lavoro tramite le Borse Lavoro Sociali (D.D.1315 del 22/12/2008) e loro eventuale collegamento con il programma RETIS;
2. Creare canali più diretti per l'inserimento lavorativo e l'accesso a programmi e progetti che favoriscano l'accesso al lavoro (tipo RETIS) in particolare creare un collegamento con i Municipi;
3. Dare continuità al Tavolo Tecnico sociale / Lavoro avviato all'interno del dipartimento attività economiche e produttive formazione e lavoro (ex XIV) per favorire l'inclusione socio lavorativa delle persone in condizioni di svantaggio sociale e realizzare percorsi formativi mirati alle esigenze delle imprese del territorio anche attraverso il sistema EDA (Educazione Permanente degli Adulti).
4. Studiare modalità specifiche di sostegno per persone tra i 50 ed i 60 anni che difficilmente riescono ad essere reinserite al lavoro (periodo di emergenza: dopo un'esperienza lavorativa e prima della pensione).
5. Studiare forme di riconoscimento per le imprese che assumono persone con svantaggio sociale (realizzazione di una etichetta di qualità, attestati di benemerenzza, contributi economici, forme di incentivazione fiscale a livello locale quali tassa rifiuti, tassa suolo

pubblico, etc.)

6. Favorire l'applicazione della quota del 5% per le Coop. Sociali anche nei Municipi; aumentare l'attuale quota definita dal Dipartimento sociale; parametrare il punteggio dei bandi con indicatori gestibili direttamente Municipi.
7. Istituire un fondo per realizzare percorsi di inclusione socio lavorativa da destinare ai servizi sociali dei Municipi

Il lavoro per gli operatori

- ✓ Superare la logica della prestazione valorizzando la dignità ed il valore dei lavori sociali di prossimità.
- ✓ Favorire l'autonomia professionale e di valutazione degli operatori.
- ✓ Favorire condizioni economiche più dignitose per gli operatori sociali.
- ✓ Favorire la trasformazione delle azioni sperimentali da progetto a servizio dando continuità alle esperienze verificatesi essere valide.
- ✓ Favorire percorsi di formazione specifica e continua per gli operatori di prossimità.
- ✓ Favorire la diffusione dell'immagine degli operatori sociali tramite campagne e convegni a tema.
- ✓ Porre maggiore attenzione alla congruenza tra personale e necessità del servizio favorendo il rapporto di qualità con i beneficiari.
- ✓ Superare la logica dei bandi al ribasso identificando indicatori diversi.

Integrazione socio sanitaria

- ✓ Rendere effettiva l'integrazione socio sanitaria.
I tavoli di confronti fino ad oggi realizzati sono risultati superati ed inadeguati. È necessario creare un organo di controllo che verifichi il livello di attuazione dell'integrazione sociosanitaria e ne promuova lo sviluppo tramite il confronto fattivo e non solo teorico tra Municipi, ASL e DSM anche prendendo come buone prassi di riferimento le esperienze attualmente esistenti.
- ✓ Unità socio sanitarie di strada.
Realizzare protocolli di intesa con il SSN e con il 118 per attivare dei servizi di prossimità Socio Sanitaria quali delle unità di strada con a bordo personale sanitario (medici, infermieri) assieme agli operatori sociali.
- ✓ Lo psichiatra consulente.
Concordare con le diverse ASL cittadine la disponibilità di uno psichiatra referente per consulenze e per eventuali ricoveri programmati, che non siano un'avventura e un fallimento, per gli operatori che li chiedono e soprattutto per l'utente che li subisce.
- ✓ Fragilità sanitarie.
 - ⇒ Necessità di attivare misure specifiche di assistenza per le persone Adulte in condizione di particolare fragilità in particolare sanitarie
 - ⇒ Studiare standard di intervento per la gestione di casi che non hanno consapevolezza del proprio disagio.
 - ⇒ Creare strutture per l'accoglienza di PSD convalescenti o sottoposte a cure sanitarie particolarmente gravi o facilitare l'accesso a quelle esistenti (RSA)
 - ⇒ Creare in accordo con le strutture di volontariato delle figure di accompagnamento ai malati terminali senza dimora che non hanno una famiglia di riferimento, che li possano supportare in ogni loro esigenza.

Cura della persona

- ✓ Velocizzare il percorso di intervento in caso di problematiche di barbonismo domestico, creando delle sinergie con agenzie interessate tra cui AMA, DSM, ASL area Handicap e geriatria, NAE e Uffici di Igiene; studiare modalità di monitoraggio delle problematiche di questo tipo attraverso opportuni indicatori.
- ✓ Studiare progetti e strutture apposite che possano favorire anche la cura specifica del corpo della persona emarginata per valorizzare la sua fiducia in se stesso.
- ✓ Favorire progetti trasversali in grado di realizzare laboratori creativi dedicati a PSD utili per il recupero della fiducia in se stessi e della dignità della persona.
- ✓ Rafforzare la funzione di Advocacy delle Organizzazioni studiando anche modalità di partecipazione degli utenti alle scelte.
- ✓ Realizzare percorsi di sensibilizzazione rivolti a PSD per la tutela verso comportamenti sessuali a rischio.
- ✓ Studiare percorsi condivisi di tutela dei diritti e della dignità della persona
- ✓ Creare un collegamento con il Tribunale per creare percorsi facilitati e formalizzati per la nomina dell'amministratore di sostegno

Servizi

- ✓ Ridefinire i parametri e fornire una supervisione / controllo sulla approvazione delle domande di sostegno alle famiglie con disagio economico (Delibera del Consiglio Comunale 154/97) e garantirne una uniformità di applicazione nei Municipi.
- ✓ Rendere Operativi i P.U.A.
- ✓ Creare / aumentare
 - Centri H24 con personale socio sanitario
 - Strutture per la dimissione protetta di persone senza dimora
 - Centri diurni in grado di riattivare le risorse delle PSD anche con attività creative;
 - Servizi di prossimità
- ✓ Richiedere una qualifica professionale più precisa degli operatori nei bandi dei servizi per valorizzare le figure professionali esistenti, facendo in modo che i bandi abbiano una opportuna copertura per pagare queste figure.
- ✓ Rendere i servizi trasversali indipendentemente dall'identità di genere: studiare modalità opportune di accoglienza delle persone transessuali;
- ✓ Creare un sistema di condivisione dei dati delle persone assistite in modo da facilitare la fruizione dei servizi e la condivisione degli interventi (utilizzo della Cartella sociale e attivazione effettiva del Sistema informativo sociale).
- ✓ Dotare le PA di opportuni strumenti tecnici (PC adeguati, connessione Internet).
- ✓ Allocare le risorse finanziarie nei municipi in funzione della loro densità.
- ✓ Rendere pubblici i finanziamenti agli organismi e le modalità di utilizzo degli stessi.
- ✓ Definire standard unici per il pagamento dei servizi e valutare gli organismi sulla base alla qualità del lavoro.
- ✓ Facilitare l'accesso ai servizi, creare delle strutture che fungano da mediatori per le persone che hanno difficoltà ad accedere alle pratiche o anche ad utilizzare gli strumenti informatici.

Osservazione, monitoraggio e integrazione dei servizi

- ✓ Realizzare un Osservatorio sulle Povertà che
 - Raccolga una fotografia costantemente aggiornata delle esperienze esistenti sul territorio sul tema della povertà.
 - Abbia una consapevolezza della dimensione del fenomeno anche in rapporto ai trend di analisi nazionali ed europei.
 - Attraverso una piattaforma condivisa, sia aperto alle integrazioni delle associazioni (sul modello della piattaforma aperta).
 - Favorisca l'integrazione e l'interazione tra i servizi.
 - Abbia al suo interno un centro di documentazione e di riferimento sugli eventi sociali che si svolgono nella città.
 - Favorisca la condivisione degli strumenti di lavoro (Cartella sociale e SIS).
 - Tenga sotto controllo l'emersione di nuove povertà e studi in accordo con l'assessorato strumenti e metodi di supporto.
- ✓ Effettuare incontri periodici tra le organizzazioni cittadine impegnate a favore delle persone emarginate per confrontarsi su strategie e metodologie di intervento.
- ✓ Realizzare percorsi di formazione orientati alle parrocchie ed alle organizzazioni di volontariato più giovani o nascenti per creare una coscienza del servizio volontario o del lavoro sociale che sia parametrata ad una specifica qualità dei servizi istituzionali professionali offerti dalla PA.
- ✓ Realizzare un sistema di "Controllo di qualità" dei servizi erogati attraverso una definizione di standard minimi di accoglienza o di servizio e dei controlli periodici. Creare una sorta di certificazione di qualità specifica per i servizi sociali.
- ✓ Creare un meccanismo di controllo e di adeguamento per l'attuazione del Piano Regolatore Sociale costituendo un comitato formato da rappresentanti delle diverse realtà sociali così come espresse nel piano regolatore sociale (Povertà, disagio ed emergenze sociali, Immigrati e richiedenti asilo, Salute, disabilità e disagio psichico, Famiglie, minori e giovani, Persone anziane). Tali rappresentanti dovrebbero essere eletti dagli stessi organismi partecipanti al piano.
- ✓ Creare delle strutture o dei percorsi che favoriscano l'accesso ai finanziamenti delle fondazioni o dei privati come integrazione dei finanziamenti di base offerti dalla PA, ma anche l'accesso a finanziamenti europei.
- ✓ Favorire piattaforme di accordo per la realizzazione di progetti in particolare con finanziamenti europei

2° Sottogruppo. "Violenza di genere"

Ampliare la definizione di vittima di violenza di genere

- ✓ Definizione di "genere". L'interpretazione del fenomeno della violenza di genere in chiave di problema sociale non può prescindere dall'ordine simbolico di genere.

A tal proposito si deve considerare (e l'analisi di alcuni episodi di cronaca supporta tale interpretazione) come oggi, in contesti socio culturali deprivati, le donne, gli uomini non conformi a precisi stereotipi, le persone transessuali o omosessuali, siano visti come deboli, devianti, in definitiva come una minaccia all'ordine sociale. In tal modo è favorito se non addirittura legittimato un comportamento discriminatorio che non di rado si concretizza in episodi di violenza nei loro confronti. In particolare considerazione devono essere poi prese le categorie di minori e anziani in quanto doppiamente vulnerabili.

- ✓ Definizione di "violenza di genere". Ogni abuso perpetrato per motivi di genere, qualora provochi un trauma, un danno o anche solo una sofferenza di natura sessuale, psicologica, fisica ed economica a chi la subisce, costituisce Violenza a prescindere dal fatto che sia punito dalla legge come reato e/o che sia accettato e considerato "normale" nella società di appartenenza.

La violenza sul corpo, la mente e l'emotività è una *forma di potere e controllo* che si esprime:

- ⇒ attraverso atti o omissioni (o minacce di tali atti o omissioni) di sopruso fisico, psicologico, sessuale, economico o persecutorio (stalking);
- ⇒ nell'ambito di relazioni asimmetriche di genere vale a dire di rapporti tra intimi (come la coppia, la famiglia, l'amicizia), tra persone che fanno parte della stessa organizzazione in ruoli paritari (es. colleghi, compagni scuola,...) o impari (es. datore lavoro e dipendente, insegnante e allieva) o tra cui esiste comunque un rapporto di autorità (medico-paziente, guida religiosa-fedeli,...) o tra sconosciuti, in cui è in gioco la definizione dell'identità sessuale come socialmente costruita che comprende ruoli e comportamenti attesi, aspettative, nella nostra società.

Investire nella formazione e specializzazione degli operatori

- ✓ su *aspetti specifici*, quali ad esempio:
 - ⇒ ricercare degli indicatori per riconoscere i casi effettivi di maltrattamento;
 - ⇒ lavorare sulla motivazione della vittima di violenza ad entrare in un progetto;
 - ⇒ fornire competenze per valutare la competenza genitoriale nei casi di maltrattamento;
 - ⇒ fornire competenze per valutare l'identità di genere e l'orientamento sessuale.
- ✓ che fornisca loro *strumenti* che permettano di mettere in atto misure finalizzate:
 - ⇒ alla prevenzione,
 - ⇒ all'individuazione precoce,
 - ⇒ all'assistenza e il soccorso delle vittime
 - ⇒ alla riabilitazione dell'aggressore

Proporre un potenziamento della rete, tra gli attori coinvolti

- ✓ Obiettivo: Proporre un potenziamento della rete, una governance e una procedura condivisa tra tutti coloro che lavorano con vittime di violenza (Servizi sociali territoriali, Centri anti-violenza, Sindacati e Associazioni di donne, Forze dell'ordine, Servizi Sanitari etc.) al fine di individuare dei protocolli condivisi che strutturino in coinvolgimento dei servizi esistenti.
- ✓ Proposta

Dal confronto è emerso che a Roma le iniziative sono tante e diverse da imporre l'esigenza preliminare di tracciare una mappa dell'esistente

- ✓ Negli anni associazioni e istituzioni del territorio romano hanno sperimentato modalità varie di collaborazione, ma, ad oggi, mancano forme e strutture dell'agire comune e la formalizzazione di un luogo di incontro e di procedure concordate di intervento.
- ✓ La proposta è di costruire una rete antiviolenza, istituzionale e associativa, del territorio cittadino che si ponga apertamente l'obiettivo di formalizzare un intervento coordinato e integrato contro la violenza di genere. Proponiamo un tavolo comune a cui siedano tutte le istituzioni e tutte le associazioni che operano sul tema della violenza di genere.
- ✓ A questo proposito appare necessario l'utilizzo di un sistema informativo semplice e flessibile, che metta in grado i singoli "nodi", siano essi attori istituzionali o del terzo settore, di colloquiare tra loro. Tale sistema dovrebbe garantire trasparenza di informazioni e dati relativi ad azioni progetti e strutture per una adeguata programmazione degli interventi.

Lavorare sulla questione culturale attraverso campagne di sensibilizzazione

La proposta è di rendere Roma Capitale protagonista di una grande campagna di sensibilizzazione sulla violenza di genere allo scopo di

- mostrare una città solidale nei confronti di chi subisce violenze di genere all'insaputa dei più e di non far sentire mai più sole le vittime;
- educare le nuove generazioni al rispetto dell'identità di ciascuno e alla negazione di ogni forma di violenza, sopruso e abuso a causa di discriminazioni di genere;
- tenere alta l'attenzione della società civile su un tema scottante di cui purtroppo ancora oggi si sa poco;
- valorizzare e far conoscere alla popolazione enti, organizzazioni, strumenti, progetti, buone prassi esistenti che forniscono sostegno alle vittime di violenza;
- rendere riconoscibile Roma Capitale a livello nazionale e internazionale come città simbolo della lotta alla violenza di genere.



ALLEGATO 2
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
"Immigrazione"
Emergenze e processi di coesione corresponsabile

SOMMARIO

PREMESSA.....	3
LA POPOLAZIONE STRANIERA E MIGRANTE A ROMA.....	4
LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	9
I SERVIZI E GLI INTERVENTI SOCIALI PER I MIGRANTI.....	11
PISTE DI LAVORO.....	14
I TEMI	
.....	16
APPEDICI.....	20
Appendice 1 – Asilo: dall'accoglienza alla promozione dell'autonomia sociale.....	20
Appendice 2 – Minori stranieri non accompagnati: un futuro critico tra progetto e speranza.....	23

PREMESSA

Il testo presenta alcune riflessioni relative alla condizione degli immigrati a Roma. E' una piattaforma informativa e di analisi per il "*Forum di confronto e proposta*" per il nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, aperto alla partecipazione degli attori del welfare cittadino e della cittadinanza.

Questa sezione contiene informazioni e dati sulla popolazione di riferimento e sulla specifica normativa. Inoltre offre un panorama generale dei servizi e degli interventi promossi dall'Amministrazione comunale, relativi ai soggetti che usufruiscono delle prestazioni sociali. Il testo contiene infine alcuni spunti e proposte, aperte alla considerazione e agli approfondimenti del "*Forum*" dedicato a queste tematiche.

Alcune appendici, con ulteriori dati e analisi sui Richiedenti asilo e rifugiati e sui Minori Stranieri Non Accompagnati (MISNA), contribuiscono a completare il quadro di riferimento.

Il lavoro svolto per la redazione del presente testo ha mostrato immediatamente la complessità dell'oggetto dell'osservazione, in quanto i migranti rappresentano solo una parte di un panorama sociale in continua trasformazione che trova nella struttura dei processi migratori un fattore capace di modificare gli assetti sociali e relazionali di una comunità non solo dove è più significativa la presenza di cittadini stranieri. Sono proprio questi aspetti evolutivi delle migrazioni ad offrire spazi inesplorati di riflessione e di intervento, una sorta di laboratorio di opportunità d'innovazione programmatico-progettuale in grado di promuovere interventi indirizzati al benessere dell'intera comunità.

La condizione determinante per rendere possibile tale esito è quella dell'ampliamento quantitativo nel numero degli attori istituzionali e sociali coinvolti, così da determinare già nella fase pianificatoria misure e interventi di natura interdisciplinare, interistituzionale e transgenerazionale. Questa complessità unita alla dinamicità insita nei processi migratori, rappresenta un ulteriore fattore di criticità ardua da affrontare quando ci si accinge a descrivere i fenomeni in atto con una visione convergente e specialistica.

Una parzialità riscontrabile nella struttura stessa dell'elaborato che ha considerato ambiti di osservazione gli interventi prevalentemente di natura sociale. Per dare coerenza al testo si sono evidenziate alcune aree d'intervento, suddividendole in: primarie (accoglienza, mense, salute), secondarie (formazione, lavoro) e promozionali, finalizzate ad avviare e/o sostenere l'autonomia sociale, sia consolidate che sperimentali, attive almeno dal 2008 e rivolte all'utenza migrante nelle sue varie articolazioni.

Il testo è stato preparato nel periodo luglio-dicembre 2009 da un gruppo di lavoro promosso dalla "Commissione di Piano". Il gruppo è stato coordinato da Maurizio Saggion insieme ad Aldo Morrone. Marco Accorinti e Martino Rebonato infine hanno rielaborato e rivisto il testo finale, prima della attività di sintesi.

Ai lavori del Gruppo hanno partecipato: Maria Teresa Bellucci, Paula Benevene, Paolo Ciani, Valentina Fabbri, Francesco Ferrara, Berardino Guarino, Christopher Hein, Antonella Massimi, Susanna Migliarini, Le Quyen Ngo Dinh, Gianna Nicoletti, Margherita Occhiuto, Lluís Francesc Peris Cancio, Rosa Perrotta, Daniela Pompei, Alfredo Romani, Claudio Rossi e Maria Cristina Tumati.

LA POPOLAZIONE STRANIERA E MIGRANTE A ROMA

Secondo gli ultimi dati ISTAT, i cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2010 sono 4.235.059 pari al 7,0% del totale dei residenti. Al 1° gennaio 2009 essi rappresentavano il 6,5%. Nel corso dell'anno 2009 il numero di stranieri è aumentato di 343.764 unità (+8,8%), un incremento ancora molto elevato, sebbene inferiore a quello dei due anni precedenti (494 mila nel 2007 e 459 mila nel 2008, rispettivamente +16,8% e +13,4%), principalmente per effetto della diminuzione degli ingressi dalla Romania. Circa la metà dei residenti stranieri (2 milioni 86 mila individui, pari al 49,3% del totale) proviene dai paesi dell'Est europeo: in particolare, circa un quarto proviene dai Paesi Ue di nuova adesione (1 milione 71 mila, escludendo Cipro e Malta, fra cui 888 mila dalla sola Romania); un altro quarto (1 milione 15 mila) è rappresentato dai cittadini dei paesi est-europei non appartenenti all'Ue. I cittadini dei paesi est-europei (+181 mila nel corso del 2009, +9,5%) contribuiscono per circa la metà anche all'incremento degli stranieri residenti: quelli dei paesi Ue di nuova adesione sono cresciuti complessivamente di circa 105 mila unità (+10,9%), mentre quelli dei paesi dell'Est europeo non facenti parte dell'Unione sono aumentati di 76 mila unità (+8,1%). I cittadini dei paesi asiatici sono complessivamente cresciuti di 71 mila unità, con un incremento relativo del 11,6%.

Oltre il 60% dei cittadini stranieri risiede nelle regioni del Nord, il 25,3% in quelle del Centro e il restante 13,1% in quelle del Mezzogiorno.

All'incremento della popolazione straniera corrisponde l'aumento della presenza di minori e soprattutto di minori nati in Italia. Secondo le stime al 1° gennaio 2010, i minori sono 932.675, il 22,0% del totale degli stranieri residenti; circa 573 mila sono nati in Italia, mentre la restante parte è giunta nel nostro paese per ricongiungimento familiare. Dati questi che, secondo ricercatori ed esperti, confermano il processo di stabilizzazione che oggi caratterizza l'immigrazione in Italia.

Tuttavia, nell'ultimo rapporto ISTAT emerge che le diverse collettività seguono modelli insediativi differenti. Rumeni, albanesi e marocchini sono presenti in modo significativo in quasi tutte le aree del paese. I rumeni rappresentano la cittadinanza prevalente nel Piemonte e nel Lazio. Gli albanesi sono la comunità prevalente in Toscana e nelle Marche. I marocchini sono il 17,2 per cento degli stranieri residenti in Piemonte e il 15,6 per cento di quelli residenti in Emilia-Romagna. Il modello insediativo è in larga parte connesso al tipo di attività lavorativa svolta dagli stranieri delle diverse collettività. Ad esempio, filippini, peruviani ed ecuadoriani, occupati prevalentemente nel settore dei servizi alle famiglie, risiedono principalmente nei comuni capoluogo di provincia.

Sul fronte del lavoro, nonostante la crisi economica-finanziaria in corso, gli immigrati continuano a essere una risorsa fondamentale allo sviluppo del paese. Secondo gli ultimi dati diffusi da Caritas nel 2010, oggi in Italia sono circa 2 milioni i lavoratori stranieri, impegnati soprattutto nel settore dei servizi e nell'industria. Dal dossier statistico Caritas emerge l'estrema disponibilità dei lavoratori stranieri a svolgere un'ampia gamma di lavori e quindi l'alta concentrazione anche nei settori meno appetibili per gli italiani. Tra gli aspetti negativi, risulta che gli immigrati sono esposti a maggiori condizioni di rischio sul lavoro e presentano uno scarso grado di soddisfazione per via soprattutto del mancato riconoscimento delle qualifiche e dell'inserimento in mansioni di basso livello. Per quanto riguarda il settore imprenditoriale, nonostante le difficoltà in atto, non si è arrestata la spinta alla creazione di nuove imprese e oggi si contano nel nostro paese oltre 213.000 ditte con titolare straniero, per circa il 50% a carattere artigianale.

Roma, o meglio il suo territorio metropolitano, è una delle aree nazionali con il più alto tasso di sviluppo, perciò è anche una delle mete preferite dal flusso migratorio. Nel suo ultimo rapporto sugli indici territoriali di integrazione in Italia, il CNEL rileva che il territorio romano ha gradatamente aumentato negli ultimi anni la sua capacità di attrazione in campo socio-lavorativo, transitando da un indice di capacità “medio” a uno “alto”. In questa capacità di produrre sviluppo, e quindi benessere, dell’area romana la popolazione immigrata sta giocando un ruolo ben preciso, poiché si calcola che circa l’8% del PIL romano sia prodotto da lavoratori e imprenditori stranieri (dati Unioncamere).

Nel territorio di Roma Capitale, secondo dati relativi al 1 gennaio 2010 dell’Ufficio statistica dell’Amministrazione comunale, sono residenti 320.409 cittadini stranieri con un aumento del 9% rispetto all’anno precedente. Il fenomeno migratorio nel territorio è aumentato esponenzialmente in 10 anni: dal 2000 gli stranieri residenti nella capitale sono aumentati dell’89,9%. Le nazionalità più rappresentate sono: rumena, 67.366 persone, filippina, 32.932, polacca, 14.674, bangladese, 14.039.

Fra gli stranieri la componente femminile è numericamente più consistente di quella maschile e rappresenta il 53,1% dei residenti con cittadinanza estera, anche se si riscontrano ancora notevoli differenze tra le varie nazionalità.

Dall’analisi dei dati degli iscritti in anagrafe, inoltre, emerge che oltre l’80 % degli stranieri presenti nella Provincia è residente nella capitale e, sebbene tale percentuale sia diminuita nel corso del tempo, evidenzia come la capitale, in realtà, continui ad essere un polo di attrazione per la gran parte dei cittadini stranieri che viene nel Lazio.

La popolazione straniera nel suo processo di stabilizzazione tende quindi a divenire parte strutturalmente significativa della cittadinanza. Le possibilità offerte dalle diverse iniziative di regolamentazione che si sono succedute nel nostro paese, ha di fatto reso misurabile il fenomeno e fondato il suo aspetto prevalente sull’accesso alle opportunità lavorative. A tale ovvia possibilità se ne legano altre indirette che riguardano i ricongiungimenti familiari e la formazione di nuove coppie con il conseguente aumento delle nascite: dagli oltre 4.400 figli di stranieri nati a Roma rilevati nel 2007, è stato ampiamente superato il numero di 4.700 nel 2010.

I bambini stranieri nati in Italia rappresentano un segmento di popolazione in costante crescita. Essi sono una “seconda generazione”, in quanto non sono immigrati e la cittadinanza straniera è dovuta unicamente al fatto di essere figli di genitori stranieri.

I dati riportati ci parlano di un’immigrazione romana che si sta *territorializzando*, è una popolazione, cioè, che aumenta il proprio tasso di residenzialità e la lega sempre di più, sia come vita privata che come attività, al territorio in cui vive e lavora. Interessante notare oltre alla percentuale d’incidenza sull’intera popolazione che si aggira intorno al 10%, la presenza di 190 comunità nazionali differenti, con circa 84 lingue parlate, a testimonianza di un’elevatissima diversificazione culturale del territorio, distribuita abbastanza uniformemente in tutto il comune.

In termini di presenza l’area geografica più rappresentata è quella dell’Europa, ovvero dall’Europa comunitaria, in cui sono confluite la comunità rumena che è la più numerosa e quella polacca. Invece, tra i cittadini stranieri dell’Unione Europea a 15, le collettività più consistenti sono quelle dei francesi e degli spagnoli.

L’Europa centro orientale è rappresentata da un percentuale superiore all’8% dei residenti (principalmente l’Albania, l’Ucraina, l’ex Repubblica jugoslava di Macedonia e la Moldavia) che contano complessivamente oltre 22.000 iscritti in anagrafe.

Gli stranieri di cittadinanza africana sono più di 45 mila anche se il dato inerente coloro che provengono dall'Africa è in costante aggiornamento a causa dei flussi migratori straordinari seguiti alla cosiddetta "Primavera araba". Anche i Paesi di provenienza ed il peso in termini statistici stanno variando e sarà necessario attendere il termine dell'anno 2011 per avere un quadro compiuto riguardante l'immigrazione dall'Africa.

Roma presenta anche comunità di origine asiatica: gli stranieri provenienti da questo continente sono circa il 27,1% e, tra questi, i cittadini filippini, insieme a quelli cinesi e a quelli del Bangladesh, costituiscono oltre la metà della popolazione asiatica residente nella città.

I cittadini americani, invece, costituiscono il 12,5% dell'universo di riferimento. In particolare, i sudamericani sono i più rappresentati e, tra questi ultimi, la comunità più numerosa risulta essere quella peruviana, seguita dalla collettività ecuadoriana e da quella brasiliana.

La distribuzione degli stranieri per classi di età mostra che oltre la metà dei residenti ha un'età inferiore ai 40 anni ed è dunque in piena età da lavoro.

La presenza femminile risulta minoritaria nelle età giovanili e tra i giovani adulti fino ai 19 anni; fra gli adulti, invece, a partire dai 20 anni, le donne sono più numerose degli uomini. La concentrazione massima sia per gli uomini che per le donne si registra nella classe 35-39 anni. La struttura per stato civile evidenzia che più della metà dei cittadini stranieri residenti sono celibi o nubili.

La presenza straniera è diffusa in tutti i 19 Municipi sia pure in modo disomogeneo. La presenza delle comunità straniere può essere sommariamente suddivisa secondo gruppi etnici che maggiormente, per contatti e vincoli familiari, si concentrano in alcuni quartieri piuttosto che in altri.

Oltre all'area di maggior concentrazione costituita dal centro storico, i cittadini stranieri residenti a Roma vivono principalmente nei Municipi II, XIII, XVIII e XIX.

L'insediamento della popolazione straniera raggiunge il minimo nel III e nel XVII Municipio, che sono anche i meno estesi territorialmente.

La presenza elevata di stranieri nel centro storico di Roma è dovuta anche alla presenza di associazioni di volontariato che permettono a una quota di essi di fissare la residenza presso le proprie sedi.

Il 23,4% di tutti i matrimoni celebrati a Roma vedono almeno uno coniuge straniero e i matrimoni fra cittadini stranieri sono oltre il 10% del totale delle celebrazioni; oltre 25.000 sono i minori stranieri che frequentano le nostre scuole, che diventano 45.000 contando anche l'hinterland.

I dati del servizio anagrafico e dell'ISTAT mostrano senza possibilità di dubbio che il trend di aumento dei nati stranieri è non solo quantitativamente significativo ma anche veloce nel tempo.

I dati sulle famiglie che crescono e sull'infanzia che entra sempre di più nelle scuole suggeriscono la tendenza della popolazione immigrata romana a pensare alla propria sistemazione, al di là delle problematiche della precarizzazione normativa e del disagio sociale in cui una parte fortunatamente piuttosto limitata versa.

Ma questa tendenza "a sistemarsi" diventa invece una vera e propria strategia di stabilizzazione strutturale, quando accostiamo ai dati precedenti quelli relativi agli "investimenti" che l'immigrazione romana fa rilevare sul nostro territorio. Sono investimenti su sé stessi, sulla propria capacità di vivere adeguatamente e alla pari con tutto il resto della cittadinanza italiana e contemporaneamente di fiducia nel "Sistema Roma".

La questione abitativa rappresenta l'elemento di maggiore difficoltà nel percorso di stabilità. L'aumento del canone di locazione nell'arco delle ultime annualità ha superato di oltre il 30% quello derivante dall'inflazione.

In questo contesto, il rapporto "Immigrati e casa" di *Scenari Immobiliari* sottolinea che, pur tenendo conto della contingenza attuale, gli stranieri sono diventati uno dei protagonisti del mercato immobiliare in Italia.

Secondo l'Ufficio Studi di *Tecnocasa*, la diminuzione dei prezzi delle abitazioni dovuta alla crisi internazionale e la carenza di liquidità bancaria per i mutui, verificatesi per tutto il 2008 hanno determinato una maggiore offerta di immobili sul mercato e una minore disponibilità di spesa da parte dei potenziali acquirenti, soprattutto gli stranieri, i giovani, le famiglie monoreddito e i lavoratori con contratto a tempo determinato.

Perciò tutta la popolazione italiana a reddito medio-basso è stata costretta a ritornare prevalentemente agli affitti piuttosto che all'acquisto di casa. Al contrario esaminando i dati provenienti dal mondo dell'immigrazione, è possibile osservare che, pur tenendo conto della congiuntura, già ora esiste una fascia di immigrati che sta scommettendo sulla propria stabilizzazione e sta investendo denaro, sforzi e futuro a vantaggio della comunità italiana. Ma per gli immigrati, che si trovano a vivere in una condizione positiva ne esistono molti altri che conducono un'esistenza più opaca, faticosa, evidenziata da un mercato degli affitti troppo alto e dalla presenza di una speculazione sommersa che spinge verso le coabitazioni forzate, i posti letto, la precarietà.

Sono dunque gli eventi congiunturali a determinare la precarietà alloggiativa dei cittadini migranti ed una certa scarsità di risorse finalizzate ad una politica strutturale di social housing, più che una scelta "culturale" di marginalizzazione urbana imputata a queste persone. E' oggi consolidata nelle fasce più vulnerabili della cittadinanza italiana una percezione distorta che vede nella persona straniera un concorrente "privilegiato" nell'accesso alla casa.

Questo antagonismo al ribasso sta generando una sorta di "guerra tra poveri" che non può trovare oggi una soluzione con mezzi ordinari e di mercato, e rischia di separare e consolidare definitivamente le aree di marginalità. La ricerca di soluzioni meno tradizionali spesso invocata come l'autorecupero e il *co-housing*, possono risolvere solo parzialmente il problema alloggiativo, ma costituiscono momenti di proposta e confronto territoriale per la condivisione di un progetto comune.

Dunque appare evidente dagli elementi indicati come l'immigrazione romana si muova in modo spontaneo e autonomo verso una stabilizzazione personale e di vita, che non potrà non influire sulla quantità e qualità dei servizi pubblici, in special modo comunali, in misura superiore rispetto a quanto avviene oggi.

La complessità dei fattori di contesto ci descrivono la laboriosità del processo di integrazione, che comprende l'intera gamma dell'offerta dei servizi.

Dunque un processo multidimensionale che interessa tutti gli ambiti della comunità e che l'Amministrazione Capitolina sta gestendo tenendo conto anche dei fattori di ordine economico e programmatico che ad essa si legano, interpretandolo con provvedimenti volti alla promozione dell'integrazione e dell'autonomia sociale dei nuovi cittadini romani.

I diversi tentativi di innovazione programmatica posti in essere nei primi anni del decennio scorso non hanno ottenuto le ricadute che era lecito attendersi considerando le ingenti risorse allora disponibili, perché caratterizzati dalla frammentazione, da un approccio di tipo sostanzialmente assistenzialistico e, soprattutto, dalla mancanza di una pianificazione complessiva a medio - lungo termine

La conseguenza è stata quella di delegare di fatto le politiche per l'immigrazione a interventi di natura prevalentemente emergenziale con la speranza che il fenomeno, come in parte sta avvenendo, si autodeterminasse e trovasse una propria via "normale" e non conflittuale anche senza l'intervento delle istituzioni preposte.

Del resto la descrizione dei principali servizi rivolti ai cittadini migranti, dimostra da un lato la capacità propositiva dell'Amministrazione, dall'altro denota come sia stato sostanzialmente rifiutato un vecchio paradigma culturale che aveva permesso che l'area della marginalità sociale non strutturale negli anni si andasse configurando come riserva per interventi e progettualità costruiti quasi esclusivamente su logiche di assistenza primaria.

Dunque l'area della progettualità promozionale e del sostegno ai processi di autonomia sociale delle persone socialmente vulnerabili tra le quali i cittadini migranti, è ritenuta di cruciale importanza, in quanto capace da una lato di imporsi come Politica della sicurezza territoriale unanimemente percepita e dall'altro di guardare al trend socio-demografico come faro dell'evoluzione dell'assetto sociale e dunque investimento naturalmente transgenerazionale perché accompagna in modo meno traumatico di quanto ora non avvenga, la costruzione del sistema relazionale che si sta determinando e produrrà un equilibrio della spesa in quanto riguarderà l'insieme dei cittadini, a volte di culture diverse, ma appartenenti alla stessa comunità e allo stesso destino.

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

In Italia a disciplinare l'immigrazione è il Testo Unico, d.lgs. 286/98, modificato dalla Legge 189/02 e, recentemente, dalla Legge 94/09 in materia di pubblica sicurezza.

Il Testo Unico disciplina la materia dalle norme sull'ingresso e il soggiorno, ai processi di integrazione e di inclusione sociale. In particolare regola le modalità di ingresso in Italia, le condizioni di soggiorno con le procedure di rilascio e rinnovo del permesso, la disciplina delle espulsioni, il diritto all'unità familiare, allo studio e all'assistenza socio sanitaria e le misure di integrazione sociale.

Il regolamento attuativo del Testo Unico sull'immigrazione è il DPR 394/99 modificato, a seguito dell'entrata in vigore della legge 189/2002 cosiddetta "Bossi - Fini" dal DPR 334/2004. Dal 2002 le norme sull'immigrazione in Italia sono rimaste sostanzialmente invariate fino al 2009 quando, con le norme contenute nella legge 94/2009 "disposizioni sulla pubblica sicurezza", sono state introdotte modifiche in senso per lo più restrittivo: il reato di clandestinità, che prevede il pagamento di un'ammenda per chi si trova in condizioni di soggiorno irregolare, il permesso di soggiorno a punti, la tassa sul permesso di soggiorno - fra i 70 e i 200 euro, il superamento di un esame di lingua per l'ottenimento della carta di soggiorno. Inoltre sono state previste misure più restrittive per la conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri non accompagnati e per il ricongiungimento familiare con i cittadini italiani.

In Italia per soggiorni oltre i 90 giorni - per lavoro, studio, ricongiungimento familiare - si entra solo se in possesso di un visto di ingresso. I visti per lavoro vengono rilasciati a seguito di apposita autorizzazione - nulla osta - rilasciata dalle Prefetture e dalle Questure (nel caso di lavoro autonomo) in occasione del decreto flussi che viene emanato ogni anno e prevede le quote di cittadini stranieri che possono entrare in Italia per lavoro

Quindi l'accesso è subordinato alle certezze di un impiego o all'avvio di un'attività lavorativa. Si entra in Italia anche per ricongiungimento familiare, per motivi di studio, per cure mediche, per residenza elettiva e in tutti i casi è obbligatoria la garanzia che all'arrivo si abbia un luogo di dimora e risorse economiche sufficienti. Una volta giunti in Italia si ha diritto ad un permesso di soggiorno che garantisce l'accesso all'istruzione, alla sanità, all'assistenza sociale al pari dei cittadini italiani. Per brevi periodi non è sempre necessario chiedere un visto - qualora si provenga da paesi non sottoposti all'obbligatorietà - ma non è possibile permanere per più di tre mesi. Questo crea il cosiddetto fenomeno degli "overstayers": stranieri che entrano regolari ma che diventano irregolari.

Il permesso di soggiorno è il documento che attesta la presenza regolare in Italia. Ha durata di due anni, se viene rilasciato a stranieri titolari di un contratto di lavoro a tempo indeterminato, di un'attività autonoma e in Italia per motivi familiari o di un anno negli altri casi (fanno eccezione i rifugiati e i protetti sussidiari ai quali viene rilasciato un permesso di soggiorno con durata rispettivamente di cinque e tre anni).

Il permesso di soggiorno alla scadenza può essere rinnovato qualora persistano le condizioni: il rapporto lavorativo, la frequenza di un corso di studi... Trascorsi 5 anni di regolare presenza in Italia il cittadino straniero può richiedere, a determinate condizioni, il permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo (che ha sostituito la carta di soggiorno) che ha durata indeterminata e consente di svolgere attività lavorativa anche negli altri Paesi appartenenti all'Unione Europea. Il cittadino extracomunitario può presentare istanza di concessione della cittadinanza trascorsi 10 anni di residenza legale in Italia (fanno eccezione i rifugiati e gli apolidi per i quali oc-

corrono 5 anni). La disciplina sulla cittadinanza è regolata dalla legge 91/1992 esterna dunque alle norme previste dal Testo Unico sull'Immigrazione.

Qualora il cittadino straniero non rinnovi il permesso di soggiorno o si trattienga in Italia in condizioni di soggiorno irregolare perde il diritto al soggiorno. Viene dunque espulso dal territorio nazionale con un provvedimento prefettizio notificato dal questore (in caso di espulsione per motivi di ordine pubblico o sicurezza tale espulsione è comminata dal Ministro dell'Interno). L'espulsione è immediata e se non si può provvedere all'accompagnamento coatto in frontiera lo straniero può essere trattenuto in un Centro di Identificazione ed Espulsione – CIE (ex CPTA-Centro di Permanenza Temporanea e Assistenza) per un periodo massimo di sei mesi in attesa dell'esecuzione dell'espulsione. Qualora non sia possibile trattenere lo straniero, verrà consegnato un provvedimento con l'ordine di lasciare il territorio nazionale in 5 giorni. Qualora si trattienga sul territorio nazionale, il cittadino straniero commette reato punibile con la reclusione.

La normativa non prevede dunque possibilità di regolarizzazione del soggiorno a seguito dell'arrivo in Italia (ad eccezione dei casi di inespellibilità disciplinati dall'articolo 19 del TUI: richiedenti asilo, donne in stato di gravidanza, minori non accompagnati, parenti di cittadini italiani entro il II grado) e la disciplina degli ingressi per lavoro è generalmente vincolata all'emanazione del decreto flussi (con l'eccezione dell'ingresso per lavoro in casi particolari disciplinata dall'art. 27 del TUI).

Negli anni, quindi, i differenti governi sono ricorsi a “regolarizzazioni” dei cittadini stranieri già presenti in Italia in generale con una proposta di contratto di lavoro.

Segue l'elenco dei riferimenti normativi in materia di immigrazione:

- ❖ Legge 39/90 (L. Martelli) Norme in materia di asilo e ingresso e soggiorno in Italia
- ❖ DPR 136/90 Regolamento di attuazione Legge 39/90
- ❖ Legge 40/98 (Turco-Napolitano) Disciplina e norme sulla condizione dello straniero
- ❖ D.lgs. 286/98 Testo Unico concernente la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero
- ❖ DPR 394/99 Regolamento di attuazione d.lgs. 286/98
- ❖ Legge 189/02 (Bossi-Fini) Modifica della normativa in materia di immigrazione e asilo
- ❖ DPR 334/04 Regolamento di attuazione legge 189/2002
- ❖ D.lgs. 30/07 Circolazione e soggiorno dei cittadini comunitari
- ❖ *Mod. art. 28 e 29 del TU Immigrazione*
- ❖ D.lgs. 5/07 Ricongiungimenti familiari
- ❖ D.lgs. 160/08 Modifiche al d.lgs. 5/2007
- ❖ *Mod. art. 9 del TU Immigrazione*
- ❖ D.lgs. 3/07 Permesso di soggiorno per lungo soggiornanti CE
- ❖ Legge 94/09 Disposizioni urgenti in materia di pubblica sicurezza

I SERVIZI E GLI INTERVENTI SOCIALI PER I MIGRANTI

I servizi che vengono segnalati in questa parte del documento rappresentano alcuni esempi di progettualità sistemica che stanno operando oltre le logiche emergenziali attraverso esperienze consolidate in termini temporali, rappresentando approcci promozionali e una progettualità integrata quale risposta alle criticità del rapporto migranti – territorio.

Programma Retis

Il Programma nasce nei primi mesi del 2010 con l'obiettivo di connettere i bisogni e i fabbisogni delle persone più vulnerabili in termini di accesso e permanenza nel mondo del lavoro con il sistema delle opportunità territoriali (formazione e lavoro). E' un programma strutturale dedicato alla promozione dei processi d'inclusione sociale delle persone che vivono in condizione di marginalità con particolare attenzione ai migranti e ai rifugiati. Il Programma dispone di un Fondo di Inclusione Sociale a supporto di progettualità individuali e collettive: attività di formazione, borse lavoro, Fondo rotativo per microcredito, avviamento all'autoimpiego. Tra i compiti più importanti vi è dunque quello di consolidare e ampliare la rete delle interazioni tra gli attori istituzionali che operano per e nel territorio, al fine di favorire l'ottimizzazione e la razionalizzazione degli interventi, armonizzando l'utilizzo delle risorse economiche finalizzate alla promozione dei percorsi di autonomia sociale delle persone a cui Retis si rivolge

Centri interculturali per minori

Con la progettualità promossa a partire dal 2009 si è cercato di rafforzare la capacità d'intervento dei Centri Interculturali per Minori dando "voce" e dignità di sistema ad un lavoro silente che ha distinto il servizio sia per la pragmaticità che per la qualità offerta al territorio e dunque non solo alle famiglie migranti.

Un sistema articolato d'interventi realizzato attraverso 20 strutture suddivise in due macro tipologie: centri per minori 0 – 6 anni e strutture che si rivolgono alla fascia 6 – 18 anni. Gestiti da organismi del privato sociale, i Centri in questi anni hanno interpretato non solo i bisogni del target a cui erano stati destinati in origine, ma hanno interagito e coinvolto gli attori organizzati, le famiglie e i singoli cittadini della zona di appartenenza. Dunque una funzione strategica di presidio territoriale aperto alla comunità grazie alla pluralità degli interventi realizzati che ha fatto di questi centri scuole di cittadinanza per i nuovi cittadini.

I Centri, finalizzati alla promozione del benessere del minore e del nucleo familiare, svolgono una attività di prevenzione del rischio di marginalità e di disagio sociale, tenendo conto delle linee guida della pedagogia interculturale. Il lavoro educativo viene svolto con attenzione a tutte le aree di sviluppo del minore, promuovendo le competenze socio-affettive e cognitive, non perdendo di vista la dimensione di benessere di tutta la sua famiglia e questo in un clima di interculturalità e solidarietà.

In tale ambito di intervento, le attività dei Centri si sviluppano da più di 10 anni con apertura alle innovazioni e si caratterizzano per una forte collaborazione con le istituzioni comunali e municipali di riferimento, con il sistema scolastico e con l'associazionismo.

L'accoglienza nei Centri diurni avviene in qualsiasi momento dell'anno e con flessibilità oraria, a prescindere dalla provenienza e dalla conoscenza della lingua, indipendentemente dalla condizione giuridica del minore.

Il gradimento di questa progettualità è dovuta anche alla flessibilità con cui risponde alle esigenze delle famiglie.

Programma "Roxanne"

Per le persone straniere vittime della "tratta sessuale" il Comune di Roma ha adottato un Programma rivolto alla prevenzione dei danni conseguenti all'esercizio della prostituzione e alla protezione delle donne vittime dei circuiti della criminalità organizzata.

Il programma, che prende il nome di "Roxanne", si inserisce all'interno delle attività previste dal Testo Unico sull'Immigrazione, in particolare con le opportunità offerte dall'articolo 18, con il quale viene contemplata la possibilità di regolarizzazione delle vittime attraverso la contemporanea disponibilità delle stesse a favorire le azioni di contrasto verso gli sfruttatori. Nei casi in cui ricorrano le condizioni, il Programma Roxanne provvede dunque anche alla richiesta di rilascio del permesso di soggiorno da parte della Questura.

Il programma si rivolge soprattutto a donne dell'est europeo e nigeriane ed è articolato su più livelli. Prevede infatti attività di:

- ❖ prevenzione e riduzione del danno, con obiettivi di informazione e tutela della salute e dei diritti fruibili (tra l'altro, Roma partecipa alle attività del Numero Verde Nazionale contro la tratta sessuale); gli strumenti operativi consistono in servizi mobili su strada e di sportello, oltre che collegamenti diretti con i servizi sanitari; è attivo anche un servizio di Segretariato Sociale presso l'Ufficio Immigrazione della Questura Centrale, dove operatori del progetto effettuano colloqui orientativi;
- ❖ accoglienza protetta, assicurata con la riservatezza dei luoghi, sia presso strutture appositamente realizzate, sia attraverso convenzioni con enti e organismi laici e religiosi;
- ❖ assistenza sanitaria presso le strutture ASL di zona;
- ❖ formazione e primo inserimento lavorativo.

Il sistema utilizza una struttura di rete che vede coinvolti, oltre ad enti pubblici quali la sanità locale e le forze dell'ordine, anche organismi privati laici e religiosi.

Centro Cittadino per le Migrazioni, l'Asilo e l'Integrazione sociale

Altra progettualità sistemica del Comune di Roma è quella del Centro Cittadino per le Migrazioni, l'Asilo e l'Integrazione sociale. Al suo interno si trova l'Ufficio Immigrazione, che fornisce servizi socio-assistenziali anche a carattere residenziale per immigrati, richiedenti asilo e rifugiati.

I servizi di accoglienza sono completati dal Programma integra, struttura organizzativa nata a seguito del progetto sperimentale denominato Integ.r.a., finanziato dal Fondo Sociale Europeo - Iniziativa Comunitaria EQUAL e realizzato nel biennio 2004 - 2005 dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, a cui la città di Roma ha aderito in qualità di partner.

Inserito organicamente all'interno dei servizi promossi dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute, Programma integra promuove i processi di integrazione delle persone migranti e richiedenti protezione internazionale, attraverso fasi complementari e integrate d'intervento, quali l'assistenza socio-legale, la realizzazione di percorsi di formazione, l'aggiornamento degli operatori del settore e dei mediatori culturali, la preparazione e il supporto

tecnico per la presentazione di proposte programmatico-progettuali da attuare nel settore dell'immigrazione da parte dell'Ente locale.

Il Centro svolge anche un'importante funzione di rappresentanza interistituzionale e transnazionale, essendo spesso sede di incontro delle delegazioni estere in visita ai servizi rivolti ai cittadini stranieri. Nel tempo hanno visitato il Centro delegazioni della Svizzera, Svezia, Cina, Giappone, Libia, Germania e Inghilterra, oltre a quelle di diverse città italiane.

La presenza in città di una struttura in grado di operare su più fronti permette non solo di rispondere ai bisogni della popolazione migrante, ma anche di promuovere iniziative stabili di fund raising istituzionale, predisponendo iniziative in linea con quanto richiesto dagli Organismi finanziatori. Tale azione permanente consente anche il rafforzamento delle relazioni istituzionali, quale laboratorio di buone prassi e attore affidabile nell'attuazione di progetti complessi.

Il Registro pubblico dei Mediatori interculturali

Uno strumento oggi disponibile è il Registro pubblico dei Mediatori Interculturali del Comune di Roma, a cui possono accedere i cittadini stranieri in possesso di specifici requisiti di professionalità e competenza.

Al gennaio 2010 i mediatori interculturali che avevano presentato richiesta di iscrizione nel Registro erano 483, provenienti da 69 Paesi. La maggior parte sono di sesso femminile (403 su 483, pari all'83,4%). L'età media si aggira sui 43 anni, mentre è di 11 anni la media di periodo del loro soggiorno in Italia. Sono persone di alto livello culturale: la metà sono laureati, mentre quasi tutti gli altri sono in possesso di un diploma.

L'azione dei Mediatori interculturali si sta rivelando sempre più preziosa per favorire i processi di accoglienza e integrazione sociale nei servizi sanitari e sociali, nei rapporti con la Giustizia, nella Scuola. Non riguarda solo la mediazione linguistica, che pure è essenziale e a volte imprescindibile. Sono in gioco anche altri valori di cittadinanza, perché senza una conoscenza autentica del vissuto delle persone, delle culture e tradizioni di provenienza, insieme con una comprensione non superficiale dei fondamenti valoriali e della normativa italiana, non è possibile costruire una convivenza fondata sul rispetto reciproco e sul dialogo.

PISTE DI LAVORO

Il documento predisposto dal Forum Immigrazione, a seguito di un indice di riflessioni prope-
deutiche all'avvio dei lavori del Forum proposto da un gruppo di esperti, rappresenta un racconto
in fieri che necessita di altri vocaboli e di altri attori in grado di dare all'articolato scenario delle
migrazioni, "un copione più adeguato" alla complessità del tema così da poter essere pienamente
integrato all'interno del documento che riguarda le Politiche sociali della città.

L'analisi del contesto effettuata dai partecipanti al Forum ha riguardato la complessa articolazio-
ne dei processi di coesione sociale che interessano le persone migranti a Roma in relazione alla
legittima richiesta di nuovi *spazi* di cittadinanza. Tale impostazione ha richiesto di non suddivi-
dere il gruppo in argomenti tematici ma di affrontare la difficoltà del tema, dividendosi in gruppi
esclusivamente in base ad un numero congruo di persone per favorire una più ampia partecipa-
zione e interazione tra i partecipanti.

Si è cercato di descrivere nel corso dei tre incontri e dalla raccolta dei contributi scritti, ciò che
più si conosce ed è istituzionalmente "registrato", ben sapendo che un quadro d'interventi e
azioni così ampio e mobile non poteva esaurirsi in un documento di sintesi inserito all'interno di
una proposta generale riguardante il sistema di programmi e interventi che riguarderanno il pros-
simo triennio della nostra comunità.

La ricerca di un lessico condiviso progressivamente raggiunta nello svolgimento dei lavori, ha
contribuito a stabilire una forte correlazione tra due visioni che sinteticamente possono essere
identificate come assistenziale e promozionale. Tale convergenza è stata sicuramente alimentata
da un clima partecipativo e fiduciario necessario quando si cerca di descrivere fenomeni così di-
namici, che richiedono di assumere prospettive più evolute e meno preconette perché si rivol-
gono al disegno attuale e ancor più a quello della società che diviene, esortazione che a questo
punto si estende a tutti i cittadini romani.

Le diverse riflessioni sul significato dell'adeguatezza dei percorsi di promozione d'inclusione
posti in essere dai sistemi istituzionali o dalla mancanza di strumenti adeguati a sostegno di tali
azioni, hanno superato la tradizionale polarizzazione degli approcci che spesso orientano i con-
fronti tra operatori sociali: necessità di valorizzare e potenziare ciò che oggi rappresenta una so-
glia minima di servizi di assistenza o richiesta di operare con più decisione per innovare quanti-
tativamente e qualitativamente gli interventi legati ai bisogni di autonomia e di emancipazione
sociale richiesti dai cittadini migranti.

Il presente documento rappresenta dunque la conferma della mission iniziale ovvero quella di un
indice di riflessioni lontane da logiche autoreferenziali, volte alla verifica della validità del per-
corso intrapreso, per valutarne l'efficacia e le possibilità migliorative, pur sapendo che si agisce
in un contesto socio-economico che lascia poco spazio alla creatività finanziaria e ad una proget-
tualità pienamente sistemica di lungo respiro.

Entrando nel merito delle proposte, è emerso con evidenza come le migrazioni siano fenomeni di
natura spontanea, che richiedono un approccio non "schiacciato" su logiche esclusivamente di
natura emergenziale, quanto piuttosto necessitanti di politiche di cittadinanza aperte e includenti.

Dunque anche l'agire professionale degli operatori dei servizi territoriali deve tenere conto di
questa complessità. Operare quotidianamente *nella* complessità significa inevitabilmente con-
frontarsi con le discrasie prodotte da un sistema sociale ancora non del tutto capace di produrre
benessere, sicurezza e pari dignità di accesso, non solo per l'insufficienza di risorse ma, soprat-
tutto, perché ancora non pienamente consapevole e partecipe delle dinamiche organizzative

dell'amministrazione locale; in tal senso la richiesta proveniente dal territorio di comunicazione-conoscenza-partecipazione è certamente una parte strutturale dell'evoluzione dei servizi.

La condivisione dei dati e delle conoscenze, la partecipazione alla elaborazione di progetti e strategie d'intervento e alla valutazione e verifica delle azioni, intesa come processo cognitivo aperto e fluido, continuo e concreto, supera la costruzione astratta di categorie di bisogno cui offrire risposte standardizzate e offre alle persone ed alla comunità strumenti di miglioramento della propria condizione. Ciò riposiziona al centro dell'agire pubblico la persona con la singola biografia e la pone fortemente in relazione con la comunità in cui vive e lavora, in una prospettiva di empowerment sistemico che agevoli l'emancipazione dei singoli e dei gruppi anche attraverso la predisposizione e l'attivazione di adeguate risorse.

In questo senso, il forum ha richiamato all'attenzione l'ampio dibattito in corso nella società civile in merito alla questione del voto amministrativo agli immigrati.

Questa richiesta di nuova centralità territorio-persona permette di alimentare un processo di coesione sociale più aderente ai bisogni e fabbisogni che si generano nella comunità e al contempo di identificare strumenti d'intervento più efficaci in termini di risposta all'evolversi delle problematiche e alla opportunità che contesti assai dinamici possono rappresentare .

ITEMI

Portare a termine il passaggio da logiche programmatiche basate su interventi realizzati prevalentemente su singoli progetti, verso approcci sistemici e programmi integrati di medio-lungo termine.

La frammentarietà programmatica e operativa ha cagionato in passato il moltiplicarsi di interventi su uno stesso target non solo perché finanziati dalle diverse committenze, ma per l'assenza di un coordinamento istituzionale in grado di produrre una mappatura chiara ed integrata delle strutture, dei soggetti e delle azioni attive.

E' imprescindibile per questo realizzare una lettura organica dei dati, maggiormente oggettiva del bisogno così da supportare scientificamente la programmazione territoriale facendola aderire maggiormente ai fabbisogni reali della persona.

Un approccio integrato di programmazione territoriale, consente non solo di dotare il sistema sociale di un diverso profilo temporale d'intervento, in quanto non lega esclusivamente la sua capacità di attivazione dei servizi alle disponibilità attuali di finanziamento, ma consegna al sistema politico, non solo a quello sociale, la capacità di rendere complementari i diversi servizi grazie ad una pianificazione multifattoriale che certamente opera con le risorse disponibili, ma le fa interagire con logiche moltiplicative attribuendo ad ogni azione una specificità in ragione di un disegno armonico di carattere interdisciplinare e transgenerazionale.

La specificità delle situazioni locali si basa sulle sue componenti culturali, economiche, storiche, sulla composizione demografica, e occupazionale, sulle reti familiari e sociali che compongono il capitale sociale di una comunità locale.

In quest'ottica lo sforzo congiunto degli attori sociali nel co-progettare un sistema integrato efficace e di qualità obiettivi prioritari:

- ✓ la promozione dell'autonomia sociale delle persone migranti attraverso il potenziamento della capacità di fruire dei servizi pubblici e di stabilire relazioni virtuose per la risposta ai bisogni complessivi attinenti la sfera di vita quotidiana.
- ✓ colmare il deficit informativo sulla fisionomia della realtà in continuo e veloce cambiamento e sui bisogni, attraverso la rilevazione sistematica di dati e la ricomposizione di sistemi informativi
- ✓ accrescimento degli scambi interattivi e potenziamento del sistema relazionale tra soggetti operanti sul territorio, cittadini, cittadini e servizi, servizi stessi con la finalità di incrementare il capitale sociale delle comunità, e innalzare livelli di fiducia e coesione sociale.

Per sostenere una visione così innovativa e complessa del sistema di programmazione sociale, è centrale anche considerare che il processo gestionale integrato non può prescindere dalla valorizzazione delle competenze degli operatori.

E' opportuno inoltre avviare/stabilizzare un efficiente ed efficace **sistema di monitoraggio** valutazione e controllo dei servizi e interventi sociali (cabina di regia).

Armonizzazione e razionalizzazione degli interventi territoriali: interistituzionalità, interdisciplinarietà, intersettorialità

Il Forum ha inoltre posto l'accento sul fatto che coprogrammazione e coprogettazione sarebbero funzionali al superamento della logica emergenziale tipica del passato, permettendo di raziona-

lizzare e qualificare la spesa sociale, non solo in funzione degli esiti, ma anche nella valutazione del processo di realizzazione degli interventi e dell'eventuale ritardatura derivata del monitoraggio che tutti gli attori del sistema sarebbero in grado di offrire. In tal senso il processo evolutivo che la sfida dell'integrazione pone, dovrà essere colta nella giusta dimensione, culturale e gestionale da tutti gli attori coinvolti sia formali che informali.

A tal fine la qualità, la fruibilità delle informazioni rappresentano quel legame fiduciario in grado di valorizzare i singoli saperi a vantaggio dell'insieme degli attori della comunità. Per questo le tecnologie informatiche sembrano offrire un sicuro approdo progettuale per lo scambio di conoscenze e di confronto permanente.

E' importante quindi la messa in rete dei dati degli sportelli sociali a Roma, la creazione di una banca dati comune, l'istituzione di tavoli di governance dei punti di accoglienza dei territori a livello municipale.

Dunque interistituzionalità nelle logiche di pianificazione, interdisciplinarietà come disegno progettuale, logiche sistemiche quali risposte efficaci nella gestione delle multiproblematicità che si manifestano nel territorio.

Per rendere possibile un'effettiva interdisciplinarietà fra i servizi è necessario però sedimentare e coltivare i saperi dei singoli operatori, ad esempio prevedendo convenzioni tra l'ente locale e le strutture che svolgono servizi per la cittadinanza straniera (ad esempio i centri polivalenti interculturali per minori) di più lunga durata, per garantire percorsi permanenti di formazione a beneficio degli operatori.

Centralità della Persona nella costruzione di reti di sostegno all'autonomia, approccio relazionale nella realizzazione di azioni dirette allo sviluppo del Capitale sociale della Persona e degli Attori sociali del territorio

Questa prospettiva richiamata durante tutti gli incontri del Forum, vede la persona protagonista del proprio processo di autonomia, in grado anche di compensare le asimmetrie derivanti dalla vecchia logica assistenziale, che considerava il migrante come oggetto passivo d'intervento e non soggetto attivo dello sviluppo anche della comunità che lo ha accolto.

Lavorare per lo sviluppo del Capitale sociale della persona e dell'insieme dei soggetti che interagiscono in una comunità, significa riposizionare il baricentro degli interventi sociali dall'esterno verso l'interno di un territorio. Ciò significa valorizzare le risorse endogene, permettendo al contempo di attrarre risorse esogene funzionali al suo sviluppo, trasformando di fatto la comunità da oggetto utente/fruttore a soggetto committente/beneficiario dei servizi promossi al suo interno.

Proprio il prendersi cura del territorio rappresenta uno degli elementi su cui si può saldare l'incontro tra la persona accolta e comunità accogliente. Un contenuto relazionale ad alto valore innovativo in grado di alimentare il protagonismo della responsabilità; la leva efficiente che può mettere in discussione prassi metodologiche consolidate dai modelli sociali sempre meno coerenti con l'evoluzione della società.

Per facilitare la costituzione di tali reti ed aiutare il cittadino immigrato nel suo percorso di autonomia, sarebbe auspicabile inoltre arrivare anche al coordinamento fra tutti i soggetti che erogano servizi/interventi finalizzati all'orientamento e all'accompagnamento all'autonomia attraverso piani di intervento socio sanitari, socio educativi, formativi e lavorativi.

Sempre nella medesima prospettiva è importante considerare anche l'integrazione delle attività dei servizi di accoglienza per migranti con i servizi scolastici e formativi, partendo da una maggiore comunicazione fra le strutture di accoglienza e i centri di formazione cittadini quali CFP, EDA, CTP

Differenziazione, articolazione e personalizzazione dell'offerta dei servizi

La realizzazione di un modello d'intervento sistemico integrato e articolato, dovrà misurarsi con la capacità di operare una profonda differenziazione nell'offerta di servizi, programmi e progetti.

In tal senso può essere utile il richiamo al paradigma tipico delle persone adulte titolari di protezione internazionale che, rivolgendosi ai servizi di accoglienza, si avvicinano con la sensazione di essere giunti al punto di arrivo dopo il percorso di fuga, un momento di bilancio sostanziale del proprio progetto di vita e spesso di comprensibile appagamento.

Questo "spazio" necessita di una riconfigurazione della qualità dei servizi di accoglienza velocizzando, non riducendo, la tempistica necessaria per la ricostruzione post "viaggio", in modo da procedere alla riattivazione delle motivazioni che hanno spinto a mettere in gioco la propria vita per raggiungere l'auspicata autonomia. Dunque dinamica temporale e offerta di opportunità personalizzate, finalizzate all'autodeterminazione, rappresentano una prima scommessa per il sistema e per le persone accolte.

Questo riassetto dei servizi ovviamente trasferibile ad altri contesti di riferimento, non necessita di risorse "straordinarie", ma richiede di rimuovere concettualmente le rigidità tipiche del sistema organizzativo che si cerca di superare, per armonizzare e razionalizzare l'uso delle risorse, impiegate sino ad oggi senza un corretto riferimento di programmazione.

Se si prende come paradigma il circuito dei Centri di accoglienza comunale per i titolari di protezione internazionale e si prova ad immaginare un nuovo modello cittadino, questo esercizio potrà essere trasferito non tanto negli esiti quanto nei processi, al circuito dei Minori Stranieri Non Accompagnati, secondo la formula che la progettualità sistemica può divenire il laboratorio di pratiche sostenibili.

L'insieme degli interventi tutt'ora in vigore potrà dunque essere riorientato verso l'obiettivo generale di un sistema sociale che guarda alla promozione e alla velocizzazione dei processi di autonomia delle persone accolte, facendo di questo percorso la sua vocazione prioritaria. Le implicazioni pratiche di questa nuova prospettiva potranno essere molteplici ed influire direttamente sulle modalità gestionali dell'accoglienza stessa.

L'analisi dei bisogni, la valutazione delle condizioni legali e la biografia personale, dovranno divenire, già a monte, patrimonio del sistema ed elementi d'interesse su cui co-definire un possibile percorso d'inserimento, superando l'impostazione basata sulla sola collezione di dati anagrafici. Tale proposta, proprio perché guarda al singolo progetto migratorio, determinerà una differenziazione dell'offerta dei centri in una serie di misure progressive e personalizzate che potremmo definire di accoglienza primaria e di seconda accoglienza articolata a sua volta in semi-autonomia e autonomia. La specializzazione dell'offerta in termini di servizi diretti e indiretti coglie quella necessità di dotare la città di un modello d'interventi innovativi che adatta la propria offerta all'evoluzione del progetto migratorio delle persona, guardando al contempo alla dinamicità dei flussi migratori che coinvolgono la comunità.

Dunque la centralità della persona e l'articolazione dell'offerta appaiono le misure fondanti di un nuovo sistema di servizi cittadini, sostenute dalla necessità di realizzare accordi di natura inter-istituzionale in grado di definire una governance territoriale capace di coinvolgere e integrare politiche e interventi settoriali, chiamando in causa i diversi stakeholders.

Promozione della partecipazione delle persone (protagonismo della responsabilità)

Promuovere l'accesso delle persone straniere ai servizi cittadini rappresenta una opportunità ed una necessità improrogabile. Dialogo e interazione tra istituzioni e cittadini stranieri rappresentano l'elemento strategico su cui misurare l'effettiva partecipazione sociale e dunque la volontà di realizzare una società effettivamente interculturale.

E' emerso in tale ambito come elemento centrale di un sistema efficiente di relazioni tra servizi e cittadini, una ritrovata centralità della mediazione culturale per la quale si ravvisa l'opportunità di sperimentare nuovi sistemi di interazione con i servizi territoriali. A tal fine la valorizzazione di prassi già in uso presso altre istituzioni (ad esempio presso i CTP) può divenire un fattore strategico di crescita del servizio in funzione dell'attenzione alla persona ed alle comunità di riferimento.

Risulta importante al fine della promozione della partecipazione dei cittadini stranieri, sensibilizzare le comunità alla vita cittadina, coinvolgendo i giovani di origine straniera in attività laboratoriali finalizzate a favorire la conoscenza della città e aperte a tutta la cittadinanza, anche utilizzando metodologie di comunicazione ormai universalmente conosciute, ma ancora sottoutilizzate per queste finalità.

La partecipazione e l'integrazione dei cittadini immigrati potrà infine essere ulteriormente incentivata tramite un potenziamento dei corsi di lingua italiana.

APPEDICI

Appendice 1 – Asilo: dall'accoglienza alla promozione dell'autonomia sociale

Ogni anno nel nostro Paese in media circa 10mila persone ottengono una forma di protezione e rappresentano circa il 50% di coloro che ne fanno richiesta, anche se in questo particolare momento storico è arduo effettuare una stima esatta di tale numero.

Nel dato indicato del resto rientrano i titolari di protezione sussidiaria e umanitaria, ma non i minori e i rifugiati riconosciuti prima del 1990, quando è stata emanata la legge 39/90, cosiddetta "Martelli", che per la prima volta ha disciplinato il diritto d'asilo in Italia.

Se le coste della Sicilia, della Calabria e della Puglia sono il primo approdo dei richiedenti asilo, Roma è definita la terra di "secondo sbarco". I protetti internazionali passano per la Capitale, che diventa per alcuni transito e per altri dimora stabile, perché essa sovente è l'unica città conosciuta dall'estero, perché a Roma si ritiene di poter trovare lavoro, perché ci sono comunità ben radicate e perché vi sono servizi dedicati e una consapevolezza del fenomeno maggiore che in altre realtà italiane.

Il richiedente la protezione è generalmente senza una fissa dimora e i continui spostamenti, i cambiamenti di status – da richiedente a rifugiato e protetto – rendono ancor più complicato conteggiare le presenze dei richiedenti la protezione internazionale o rifugiati nel territorio delle Capitale. Dunque una difficoltà strutturale nel definire il numero delle presenze reali, sia per l'estrema mobilità territoriale dei rifugiati che seguono le stagionalità lavorative, sia per la rincorsa ad "opportunità" alloggiative informali distanti dal controllo istituzionale.

È comunque un dato certo Roma nel 2010, attraverso l'Ufficio Immigrazione, ha accolto nelle 23 strutture convenzionate con organismi del privato sociale (per un totale di 1475 posti), 1.080 cittadini extracomunitari di cui 962 richiedenti e titolari di protezione internazionale.

Accanto ai centri di accoglienza comunali sono presenti:

- ❖ una struttura polifunzionale di seconda accoglienza, denominata Centro Polifunzionale "Enea", nata grazie ad un Accordo di Programma con il Ministero dell'Interno, in grado di ospitare 400 persone
- ❖ un CARA – Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo - con circa 700 posti, nel Comune di Castelnuovo di Porto, ai confini del territorio comunale.

Il circuito dell'accoglienza del Comune di Roma è oggi indifferenziato per funzioni e obiettivi assegnati ai singoli centri e si diversifica sostanzialmente per:

- ❖ "categorie" d'ingresso, singoli o nuclei familiari;
- ❖ tempistica di apertura, ventiquattrore per famiglie e madri con bambino, dodici ore per i singoli;
- ❖ disponibilità di pasti, due o tre in relazione all'apertura;
- ❖ tempi di permanenza, sei mesi per i singoli, nove mesi per i nuclei, con la possibilità di prorogare il periodo di permanenza nel centro in presenza di specifiche problematiche che non consentono l'uscita della persona in modo autonomo.

La principale criticità dell'attuale sistema è che, nonostante l'attuale offerta di strutture di accoglienza a Roma superi nel suo complesso i 1.400 posti letto, circa la metà della disponibilità dello Sprar in Italia, secondo dati del 10/1/2011 dell'Ufficio Immigrazione, sono 1188 – domande

presentate da non più di un anno – e il tempo medio di attesa per l'ingresso in accoglienza è di circa 2 mesi.

Particolarmente nel periodo temporale compreso fra il 2002 ed il 2005, l'allora gravissima e cronica mancanza di strutture dedicate ha finito per alimentare un modello parallelo di accoglienza che si è realizzato attraverso le occupazioni di edifici pubblici incustoditi, assumendo modalità "autogestionali" tollerate negli anni passati dall'Amministrazione comunale in quanto funzionali ad evitare un conflitto sociale nel breve periodo, traslando la problematicità, anche di natura socio-sanitaria, a future possibili soluzioni. Questa scelta ha ottenuto, come prevedibile, un effetto di consolidamento e legittimazione del modello informale, divenuto nel frattempo strutturale sia nelle forme che nel numero delle presenze, tanto da rappresentare un punto di riferimento già prima dell'arrivo a Roma.

Chiaramente questo modello informale, basato essenzialmente su un pacchetto minimale di regole di convivenza, modalità d'accesso non strutturate (ad eccezione di una modesta azione di autoregolazione degli ingressi), tempi di permanenza non vincolanti (periodo, orari, relazioni, fruibilità dello spazio), è diametralmente opposto a quanto previsto dai regolamenti di gestione dei centri aderenti al circuito istituzionale; l'Amministrazione è attualmente impegnata anche nell'attività di recupero di queste situazioni, considerate emergenziali e non più tollerabili, sia perché non condivisibili sul piano teorico, sia perché l'erogazione di veri servizi di accoglienza e sostegno necessitano naturalmente di una pianificazione gestionale che non può essere casuale e/o improvvisata.

A Roma sono d'altronde attive una pluralità di organizzazioni sociali confessionali e laiche che nel corso degli anni hanno saputo sviluppare un know how specifico, assumendo così funzione di supplenza, rispetto alla latitanza delle istituzioni locali. Il percorso verso l'integrazione dei servizi tiene conto di questa significativa presenza e del valore del contributo disponibile da parte di tali organismi, propugnando il ritorno ad una dinamica gestionale virtuosa, basata sul principio di sussidiarietà in risposta all'improvvisazione che aveva cagionato la stabilizzazione di 2 circuiti di accoglienza paralleli e stagni.

Il circuito formale era infatti basato quasi esclusivamente sulla capacità del singolo centro di porre in essere misure adeguate per l'uscita positiva dei beneficiari dalla struttura e su un sistema di regole e condizioni di accesso predeterminate all'atto dell'avvio del servizio, modalità che a volte ha alimentato tensione tra ospiti e soggetti gestori.

Il circuito informale svolgeva il compito di decongestionare il numero di richieste di accoglienza rivolte agli uffici comunali ma, superata la fase di primissima risposta emergenziale, rivelandosi marginalizzante sia in termini spaziali che psicologici.

Si possono stimare – attraverso dati forniti dalle principali organizzazioni operanti sul territorio romano - in circa 8.000 i richiedenti o titolari di protezione internazionale che a Roma usufruiscono di servizi e sono portatori di bisogni. I rifugiati, i protetti sussidiari e i richiedenti la protezione internazionale hanno parità di diritti nell'accesso alle prestazioni socio sanitarie. Fruiscono perciò dei servizi municipali e dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale. Nel corso degli anni si sono poi sviluppati servizi di ascolto, assistenza e accompagnamento esclusivamente rivolti ai titolari di protezione internazionale, gestiti prevalentemente dal settore privato sociale.

Centri di ascolto e orientamento socio legale dedicati sono gestiti dalla Caritas diocesana di Roma, dal Centro Astalli, dalla Comunità di Sant'Egidio, dal CIR- Consiglio Italiano Rifugiati, dalla Casa dei Diritti Sociali, dall'Arciconfraternita, dall'Associazione Senza Confine, dal servizio rifugiati e migranti della Federazione delle Chiese Evangeliche e dal Programma integra del V dipartimento del Comune di Roma.

Nell'attività sanitaria a sostegno dei più vulnerabili, in particolare vittime di tortura, Roma ha sviluppato una certa peculiarità e specializzazione, grazie anche ai servizi gestiti dal Centro Astalli - il SaMiFo, Salute Migranti Forzati - dall'Istituto Nazionale contro le Malattie e la Povertà - INMP - all'interno della struttura ospedaliera del San Gallicano, dai Medici Contro la Tortura e dal Consiglio Italiano per i Rifugiati - CIR.

La normativa. All'articolo 10 della Costituzione italiana si stabilisce che lo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'esercizio delle libertà democratiche ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica. Nonostante la previsione costituzionale, fino al 1990 non esistevano disposizioni che regolamentassero la procedura di asilo e lo status di rifugiato veniva riconosciuto da una Commissione paritetica di eleggibilità istituita nel 1953 con uno scambio di note fra il Governo italiano e l'UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees - sulla base della Convenzione di Ginevra del 1951, che definisce il rifugiato come colui che a ragione teme di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale e per le sue opinioni politiche.

L'articolo 1 della legge 39/1990 sull'immigrazione - legge Martelli - disciplina per la prima volta la procedura per il riconoscimento dello status di rifugiato, stabilisce la cessazione della limitazione geografica presente nella Convenzione di Ginevra del 1951 e con il successivo regolamento - DPR 136/90, istituisce la Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato con il compito di esaminare le richieste di asilo.

Sebbene poi la legge Martelli sia stata abrogata nella quasi totalità del suo impianto, l'articolo 1 ha rappresentato l'unico strumento normativo per la materia di asilo fino all'aprile del 2005, quando è entrato in vigore il regolamento attuativo - DPR 303/2004 - della legge Bossi Fini, legge 189/2002, che ha introdotto, modificato e integrato la legge 39/90. La procedura della legge Bossi Fini ha disciplinato il diritto d'asilo fino al 2008, quando sono entrati in vigore il d.lgs. 251/2007 sulle qualifiche per il riconoscimento dello status di rifugiato e il d.lgs. 25/2008 sulle procedure per il riconoscimento e la revoca dello status di rifugiato, quest'ultimo modificato dal d.lgs. 159/2008 contenuto all'interno del cosiddetto "pacchetto sicurezza".

Entrambi i decreti hanno recepito direttive comunitarie nell'ambito del processo di armonizzazione delle procedure in materia dell'asilo all'interno dei 27 Stati membri UE.

In generale la procedura per il riconoscimento dello status di rifugiato attualmente in vigore prevede l'accoglienza dei richiedenti asilo all'interno di un CARA - Centro di accoglienza per richiedenti asilo - o il trattenimento all'interno di un CIE - Centro di identificazione ed espulsione (in determinati casi quali, ad esempio, un precedente provvedimento di espulsione o respingimento o la presenza di condanne per uno dei delitti previsti dall'art. 380 commi 1 e 2 del cpp). L'esame della domanda di asilo avviene davanti ad una delle dieci Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, competenti in base al luogo di presentazione della domanda o di accoglienza del richiedente. L'esame, ai sensi del d.lgs. deve avvenire in 33 giorni - in particolari casi di urgenza l'esame può avvenire in 9 giorni. Le Commissioni sono composte da un membro della carriera prefettizia con funzioni di Presidente, un funzionario della Pubblica sicurezza, un rappresentante UNHCR e un membro dell'Ente locale.

Con il decreto qualifiche è stato introdotto nell'ordinamento italiano, accanto alla status di rifugiato, lo status di protetto sussidiario, che viene riconosciuto a chi ha subito un danno grave - condanna alla pena di morte - o a chi scappa da situazione di violenza generalizzata. La commissione può dunque riconoscere lo status di rifugiato, a cui corrisponde il rilascio di un permesso di soggiorno per asilo con validità quinquennale e del documento di viaggio, la protezione sussidiaria, a cui corrisponde il rilascio di un permesso di soggiorno per protezione sussidiaria con validità triennale e, nel caso dimostri l'impossibilità di ottenere il proprio passaporto, del titolo di

viaggio o può rifiutare la protezione internazionale, ma raccomandare il rilascio di un permesso di soggiorno per motivi umanitari di durata annuale, ai sensi dell'articolo 5 comma 6 del d.lgs.286/98. La Commissione può inoltre negare qualsiasi forma di protezione, emettendo un provvedimento di rigetto, contro cui è possibile presentare ricorso innanzi al tribunale ordinario.

I rifugiati, i protetti sussidiari e i protetti umanitari possono accedere all'assistenza socio sanitaria e all'istruzione scolastica e universitaria. Possono inoltre intraprendere qualsiasi tipo di attività lavorativa. Tranne i protetti umanitari, hanno diritto a chiedere il ricongiungimento familiare: il rifugiato, senza necessità di dimostrare alcun requisito, il protetto sussidiario, provando di possedere un reddito inferiore se paragonato a quello richiesto ai migranti.

- ❖ Legge 39/90 Legge Martelli - Norme in materia di asilo e ingresso e soggiorno in Italia
- ❖ DPR 136/90 Regolamento di attuazione legge 39/90
- ❖ Legge 189/2002 Legge Bossi – Fini - Modifica della normativa in materia di immigrazione e asilo
- ❖ DPR 303/2004 Regolamento di attuazione legge 189/2002 nella parte relativa alle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato.
- ❖ Regolamento CE/343/ 2003 Regolamento che stabilisce i criteri e i meccanismi per di determinazione dello stato membro competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in una stato membro – “Regolamento Dublino”

In attuazione di direttive comunitarie sono stati emanati:

- ❖ D.lgs. 251/2007 Decreto sulle qualifiche per il riconoscimento della protezione internazionale
- ❖ D.lgs. 25/2008 Decreto sulle procedure per il riconoscimento protezione internazionale
- ❖ D.lgs. 140/2005 Norme minime per l'accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati

Con il d.lgs. 159/2008, previsto fra le norme del cosiddetto “ Pacchetto sicurezza” è stato modificato il d.lgs. 25/2008.

Appendice 2 – Minori stranieri non accompagnati: un futuro critico tra progetto e speranza¹

La legislazione europea ed internazionale definisce i minori stranieri non accompagnati come “cittadini di paesi terzi di età inferiore ai 18 anni che fanno ingresso nei territori dell'Unione non accompagnati da un adulto per essi responsabile”. La legislazione italiana definisce i minori stranieri non accompagnati “minori non aventi la cittadinanza italiana o di altri Stati dell'unione europea che si ritrovano per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privi di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o d'altri adulti per loro legalmente responsabili”. Il minore straniero non accompagnato, è in espellibile. A seguito della sua segnalazione viene preso in carico dai servizi del territorio - come accade in generale per i minori, indipendentemente dalla nazionalità – che predispongono l'accoglienza in centri o in case famiglia.

A Roma l'accoglienza per i minori stranieri non accompagnati (MISNA) si articola su tre livelli:

- ❖ una fase di pronta accoglienza
- ❖ una più stabile presso case famiglie diffuse sul territorio
- ❖ una terza, in semiautonomia, che non riguarda necessariamente tutti i ragazzi; questa misura della durata di qualche mese è rivolta all'accompagnamento all'autonomia ed è finalizzata al

¹ Lo stesso tema è trattato anche, sotto una diversa angolatura, anche nel testo su “Famiglia e minori”.

raggiungimento della maggiore età; prevede interventi in continuità educativa senza i vincoli posti dalla convivenza in comunità.

Tutti i progetti individuali sono accompagnati con interventi di sostegno: mediazione linguistico culturale, assistenza legale, sociale, formativa, lavorativa.

Il Comune di Roma dispone di 6 Centri di "Pronta accoglienza" convenzionati, per un totale di 63 posti, gestiti da tre diversi Enti. Tra la fine dell'anno 2008 e il primo semestre dell'anno 2010, a fronte dell'aumento di nuovi ingressi e della saturazione del sistema di accoglienza, sono stati avviati altri Centri di primissima accoglienza, con caratteristiche adeguate alle esigenze per minori, ma con profili "leggeri" di intensità assistenziale, per altri 64 posti complessivi. Inoltre, è stata potenziata la funzione di "semiautonomia", con 40 posti aggiuntivi.

Il sistema di accoglienza usufruisce di circa 80 case – famiglia che insistono sia sul territorio romano che regionale.

Circa il 30% dei ragazzi ha le caratteristiche per procedere alla richiesta per il riconoscimento della protezione internazionale o umanitaria, mentre una percentuale minima si considera "in transito", ovvero prevede di completare il proprio percorso migratorio in altri paesi europei.

L'estrema rapidità con cui si modifica la geografia degli ingressi fa comprendere, anche nel caso dei MISNA, come l'incremento quantitativo contenga una valenza qualitativa che richiede una costante manutenzione del sistema e richiede ai servizi flessibilità e personalizzazione dell'offerta per rispondere a bisogni estremamente diversificati, pur in presenza di fasce anagrafiche omogenee.

L'eterogeneità dei paesi di provenienza (oltre 50 da tutto il mondo), le differenze culturali, religiose ed etniche, spesso anche interne allo stesso paese di provenienza, determinano enormi difficoltà di gestione dell'accoglienza e di convivenza nelle comunità educative e, talvolta, anche con la comunità civile italiana. Anche i progetti di inclusione e di inserimento sono fortemente condizionati da tali caratteristiche, seppure in via di massima ciascun progetto migratorio contiene esigenze e motivazioni pressanti, per le quali i ragazzi operano scelte consapevoli e responsabili in termini di accettazione delle regole vigenti.

I recenti fenomeni di rivolta nel nord-africa, potrebbero poi svilupparsi in un fenomeno migratorio di natura emergenziale, del quale sicuramente i minori rappresenteranno un elemento numericamente rilevante.

Il fenomeno, per l'entità con la quale si manifesta, ha relazioni complessivamente non estese con l'area delle devianze. Episodi di reato si manifestano per lo più all'interno di situazioni accompagnate da patologie sanitarie particolari, specificatamente psichiatriche. In realtà, nella maggior parte delle situazioni, le condizioni emotive e psicologiche dei ragazzi sono compromesse e necessitano di funzioni e interventi di sostegno, spesso difficilmente realizzabili.

Stante l'altissima percentuale di ragazzi che accedono alla prima accoglienza prossimi alla maggiore età, in grande prevalenza maschi, le strutture di secondo livello cui si fa riferimento sono quelle rivolte alla fascia adolescenziale, non molto diffuse sul territorio romano; in conseguenza di ciò, è necessario ricorrere a comunità attive sul territorio regionale o anche extraregionale.

Oltre all'accoglienza presso strutture di primo o secondo livello, vengono assicurati servizi trasversali sulle seguenti aree di intervento:

1. Prima assistenza sanitaria e interventi specifici successivi
2. Vestiario e mantenimento
3. Alfabetizzazione in lingua italiana

4. Iscrizione scolastica
5. Mediazione linguistico – culturale
6. Consulenza legale
7. Laboratori formativi
8. Tirocini lavoro
9. Sostegno psicologico
10. psichiatrica
11. Budget spese personali

Il servizio comunale coordina tutte le azioni, sia a livello di programmazione degli interventi, sia attraverso la titolarità dei progetti educativi, affidati a operatori sociali e a tutori.

Su alcuni aspetti fortemente critici occorre operare miglioramenti tramite azioni promosse unitamente ad altri livelli oltre che da quello dell'ente locale:

- I rapporti con le delegazioni e i consolati di riferimento;
- La condizione psicologica dei ragazzi, nella maggior parte dei casi fragile e spesso caratterizzata da gravi disturbi psichiatrici cui non segue un'adeguata presa in carico da parte dei servizi sanitari;
- Tempi di rilascio degli atti giuridici;
- Le condizioni poste dall'attuale legislazione in merito alla conversione del Permesso di soggiorno da "minore età" a permesso di soggiorno per lavoro o attesa occupazione.

La normativa. Ai sensi dell' art. 19 del d.lgs. 286/98 – TU Immigrazione, i minori stranieri non accompagnati non possono essere espulsi; ad essi viene perciò rilasciato un permesso di soggiorno per minore età o per affidamento, valido fino al compimento del 18° anno di età (DPR 394/99). L'articolo 32 del TU Immigrazione disciplina le disposizioni concernenti i minori stranieri non accompagnati relativamente al rilascio del permesso di soggiorno e alla conversione alla maggiore età.

La procedura. Il pubblico ufficiale al quale viene segnalato un minore straniero non accompagnato deve immediatamente informare la procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni e il giudice tutelare per l'apertura della tutela, il Comitato per i minori stranieri e i servizi sociali comunali per la prima accoglienza. I legali rappresentanti del centro di accoglienza esercitano i poteri tutelari sul minore fino a quando non si provvede alla nomina del tutore. Entro 30 giorni dall'accoglienza i legali propongono istanza per la nomina del tutore al giudice tutelare presso il tribunale civile. Tutore dei minori stranieri non accompagnati viene nominato il Sindaco, che delega gli assistenti sociali/operatori a compiere tutti gli atti amministrativi in rappresentanza del minore, tra i quali la richiesta del permesso di soggiorno per minore età all'ufficio immigrazione della Questura competente.

Al momento della presentazione innanzi al pubblico ufficiale del minore, se sorgono dubbi in merito alla sua maggiore o minore età e mancano documenti attestanti le generalità, possono essere disposti accertamenti medici: visita ai denti, lastra al polso, visita ai genitali. Tali esami sono tuttavia approssimativi e non consentono di fornire con esattezza l'età del ragazzo. Sebbene si sia più volte affermato, da ultimo con la circolare del Ministero dell'interno del 9 luglio 2007 – alla luce di quanto previsto dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 - che in caso di margine di errore la minore età debba essere presunta, spesso accade che se il medico certifica un'età "intorno ai 18 anni" la polizia, non potendo trattare come minore il cittadino straniero, notifica un'espulsione in quanto straniero irregolare. Tale incertezza nella determinazione dell'età anagrafica è frequente, come frequente l'indisponibilità di Commissariati di P.S o nuclei di Vigili Urbani nel farsi carico del minore, ossia nel segnalare la presenza e accompagnarlo al centro di accoglienza. Tale indisponibilità viene spesso giustificata per mancanza di mezzi e di uomini.

Comitato per i minori stranieri. Disciplinato dall'articolo 33 del d.lgs. 286/98 (TUI), è stato istituito al fine di vigilare sulle modalità di soggiorno dei minori stranieri temporaneamente ammessi sul territorio. Esso può adottare provvedimenti di rimpatrio, se nell'interesse del minore, dopo aver effettuato ricerche sui familiari del minore straniero non accompagnato. Se decide che il minore deve essere rimpatriato, il Comitato informa il Tribunale per i minorenni, che rilascia il nulla osta al rimpatrio. Il rimpatrio viene effettuato dalla polizia, dai servizi sociali o dall'organizzazione che ha svolto le indagini sul paese di origine (Dpcm 535/99). I minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo non rientrano nelle competenze del Comitato.

Il permesso di soggiorno. Ai minori sottoposti a tutela viene rilasciato un permesso di soggiorno per minore età, valido, si è detto, fino al compimento dei 18 anni, quando può essere convertito per motivi di studio, di lavoro o di attesa occupazione in presenza di determinati requisiti. Ai minori sottoposti ad affidamento (deciso o dal Tribunale per i minorenni o dal giudice tutelare se consensuale) verrà rilasciato un permesso di soggiorno per affidamento. Il testo unico sull'immigrazione prevede, all'articolo 32, che il permesso per minore età possa essere convertito solo per i minori che siano stati ammessi ad un progetto di integrazione sociale per un periodo non inferiore a due anni e che si trovino sul territorio nazionale da almeno tre anni. Per i ragazzi affidati (al pari del permesso per motivi familiari che viene rilasciato in generale ai minori presenti con il nucleo familiare) il permesso può essere convertito direttamente in permesso per studio o lavoro senza la dimostrazione di ulteriori requisiti.

Una sentenza della Corte costituzionale (198/2003) e numerose sentenze del Consiglio di Stato hanno stabilito che il minore straniero sottoposto a tutela debba essere equiparato al minore sottoposto ad affidamento, anche per ciò che riguarda i requisiti per la conversione del permesso di soggiorno.

La circolare del Ministero dell'Interno del 28 marzo 2008 ha stabilito che le due posizioni – quella di soggetto sottoposto a tutela e affidato – siano equiparabili, permettendo in entrambi i casi la conversione del permesso di soggiorno alla maggiore età a prescindere dal periodo trascorso in Italia antecedente al compimento dei 18 anni o alla partecipazione ad un progetto di integrazione sociale.

Con la legge 94/2009 in materia di pubblica sicurezza è stato però stabilito il requisito dei tre anni di permanenza in Italia e dei due anni di partecipazione a un corso, estendendo il possesso di tali requisiti anche ai minori affidati al fine della conversione del permesso ai 18 anni.

Richiedenti asilo minori. Il minore non accompagnato che presenta richiesta di asilo deve essere accompagnato dal tutore che lo assisterà in ogni fase della procedura. Se la Questura riceve la domanda di un minore non accompagnato dovrà sospendere la procedura e avvisare il Tribunale per i minori e i servizi sociali per la prima accoglienza. Sarà poi il tutore, una volta nominato, a riattivare la procedura di asilo.

Tutela e affidamento. A disciplinare la tutela e l'affidamento sono gli articoli 343 e seguenti del Codice Civile e la legge 184/83 "Diritto del minore ad una famiglia". La tutela viene attribuita tramite decreto del giudice tutelare presso il Tribunale civile. In merito ai doveri del minore, si legge all'articolo 358 CC che "il minore deve rispetto e obbedienza al tutore. Egli non può abbandonare la casa o l'istituto al quale è destinato senza il permesso del tutore. L'affidamento può essere disposto con decisione del Tribunale per i minorenni e, se avviene dietro consenso del genitore, tramite decreto del giudice tutelare".

- ❖ Legge 184/83 Diritto del minore ad una famiglia,
- ❖ Legge 176/91 Ratifica della convenzione sui diritti del fanciullo,
- ❖ D.lgs. 286/98 Testo Unico Immigrazione – artt. 28- 32,

- ❖ Legge 476/98 Ratifica Convenzione dell'Aja sui minori,
- ❖ Circolare Min Interno 11/4/2007 sui minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo,
- ❖ Circolare Min Interno 28/3/2008 su problematiche concernenti il rinnovo del permesso di soggiorno alla maggiore età.
- ❖ Legge 94/2009 Modifiche all'articolo 32 del Testo unico immigrazione relative alla conversione del permesso di soggiorno al compimento della maggiore età.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 3
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Salute, disabilità e disagio psichico”

SOMMARIO

PREMESSA.....	3
INTRODUZIONE.....	4
LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	6
GLI INTERVENTI SOCIALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	8
I PUNTI DI FORZA DEL SISTEMA: PRASSI OPERATIVE.....	9
IL DIBATTITO EMERSO DAI FORUM CITTADINI.....	12
La salute.....	13
La disabilità.....	13
Il disagio mentale.....	18
APPENDICI.....	21
Appendice 1 – La normativa in materia di promozione della salute e di assistenza.....	21
Appendice 2 - La presa in carico delle persone con disabilità.....	23
Appendice 3 – Formazione e inclusione lavorativa delle persone con disabilità.....	28
Appendice 4 - Disagio mentale: 4 temi importanti.....	31

Premessa

Questo testo rappresenta la sintesi del Documento finale che il gruppo di lavoro “Salute, disabilità e disagio psichico” ha prodotto per il Piano Regolatore Sociale di Roma Capitale 2011 – 2015.

Esso contiene:

- un quadro generale del sistema di interventi sociali;
- la normativa e le deliberazioni di riferimento;
- un panorama generale dei servizi e degli interventi sociali promossi dall’Amministrazione comunale fino ad oggi;
- i dati relativi ai soggetti che usufruiscono delle prestazioni sociali;
- le politiche di Welfare che il presente PRS intende mettere in atto sui piani della salute, della disabilità e del disagio psichico.

Il testo integra organicamente il documento base presentato alla cittadinanza durante i 5 Forum cittadini organizzati dall’Amministrazione tra il 9/11/2010 e il 02/02/2011 per rendere concreto il processo di consultazione e partecipazione che ha visto la presenza di 349 cittadini con un totale di circa 70 interventi nel dibattito e di 21 contributi scritti.

Il testo contiene infine alcune appendici, con ulteriori dati e analisi che contribuiscono a completare il quadro di riferimento.

Per esigenze di chiarezza la tematica è stata articolata in tre ambiti specifici:

- le condizioni di salute,
- la disabilità,
- il disagio mentale.

Il tema delle condizioni di salute di una città è estremamente ampio e qui è stato circoscritto solo ad alcuni settori che influenzano il sistema dei servizi sociali.

Dagli incontri con la cittadinanza è emerso con chiarezza che l’Ente Locale Roma Capitale è visto dai cittadini come interlocutore fondamentale per tutte le questioni riguardanti la salute, la disabilità ed il disagio psichico e che pertanto è chiamato a svolgere il ruolo fondamentale di coordinatore delle politiche e dei processi in rapporto agli altri Enti ed Agenzie (ASL, Regione, Provincia ecc.). Infine, sono da notare: la richiesta univoca per la realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria di tutti i servizi e l’esigenza di mantenere aperti i Forum come modalità di incontro e di confronto tra Amministrazione e Cittadini.

Introduzione

Il Patto delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, adottato dall'Assemblea Generale dell'ONU il 16 dicembre 1966 ed entrato in vigore il 3 gennaio 1976, sancisce all'articolo 12 che: *'Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire'*.

Il secondo comma specifica, in dettaglio, le misure che gli Stati devono prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto, per raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
- b) il miglioramento dell'igiene ambientale e industriale;
- c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
- d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.

L'interpretazione dell'articolo ormai più che consolidata¹ riconosce la natura olistica e onnicomprensiva del diritto alla salute e sottolinea la necessità di dare attuazione ai determinanti sociali che influenzano fortemente il godimento del diritto alla salute. Gli esperti concordano che esiste una relazione negativa tra scarsa salute e povertà. La povertà rappresenta la causa principale, diretta ed indiretta di malessere, e la malattia aggrava lo stato di deprivazione economica e sociale della persona che ne è colpita. Gli individui con uno stato di salute precario che vivono in condizioni di povertà sono destinati a permanere in un ciclo vizioso di esclusione in assenza di interventi che partano dalla persona stessa, ne prendano in considerazione la complessità e la totalità.

Anche il Rapporto dell'ISTAT *'Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari'* rileva che *'la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento per la valutazione delle condizioni generali di salute in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale"'*².

Per la disabilità si osserva una maggiore diffusione tra le persone di status sociale più basso, tra le quali la quota raggiunge complessivamente il 13,7% contro il 5,7% della popolazione di 25 anni e più, e ciò è vero in tutte le classi di età. La quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male è molto più elevata tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%). Soffrono di una patologia cronica grave l'8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare. Tra le persone con basso titolo di studio la quota di disabili raggiunge complessivamente il 13,7% contro il 5,7% della popolazione con istruzione di grado superiore.

¹ Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, 2000, Commento Generale N. 14 *'Il diritto godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire'*, E/C.12/2000/4 disponibile in lingua inglese al sito internet www.unhcr.ch.

² ISTAT, 2007, *'Condizioni di Salute, Fattori di Rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005'*, p.14-15 disponibile al sito internet: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/

Per quanto riguarda la spesa medica sostenuta per cure specialistiche, è elevata la quota di persone di status sociale basso (46,8%) che si fanno interamente carico della spesa. Ciò indica una difficoltà da parte del Sistema Sanitario di dare risposte adeguate ai cittadini³.

³ ISTAT, 2007, 'Condizioni di Salute, Fattori di Rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005', p.3 disponibile al sito internet: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/

La normativa di riferimento

Le tre aree di approfondimento del presente testo sono state considerate rispetto alle norme che disciplinano il settore. Rispetto ad altri ambiti del Piano Regolatore Sociale, su queste materie, il nostro sistema di welfare è stato definito grazie a norme ormai 'storiche' di carattere nazionale, con atti talora specifici. Il riferimento comune è nella Carta costituzionale del 1948, nella quale all'articolo 32 si dice che *'La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo a interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti'*:

Tuttavia esistono, e per questo devono essere ricordate, anche normative e disposizioni di carattere internazionale, come l'articolo 12 del Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, del 1966 (entrato in vigore in Italia nel 1976) che recita: *'Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire'*. Anche la recente "Carta dei Diritti Fondamentali" dell'Unione Europea, adottata il 12 dicembre 2007, nella quale all'articolo 35, afferma: *"Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"*.

Circa le condizioni di salute, non sembra il caso richiamare tutta la normativa nazionale e/o regionale in materia di accesso alle cure e di strutturazione del Servizio Sanitario Nazionale (che peraltro non è una stretta competenza dell'Ente locale). E' opportuno, su questo tema, soffermarsi sulla *salute della popolazione straniera*, che ha una forte valenza di prevenzione e tutela della salute pubblica, nonché una componente socio-assistenziale più volte espressa nella norma stessa. Lo schema A1, posto tra gli allegati, richiama la normativa principale relativa.

Passando alla disabilità, la normativa (la Legge 328/2000), si richiama alla Costituzione italiana e ad un complesso di atti regolativi validi sull'intero territorio nazionale. In allegato si riportano quelli più significativi. Qui si richiamano sinteticamente le principali deliberazioni assunte a livello comunale, alcune delle quali, le più importanti, sono oggetto di riforma:

- *Deliberazione Giunta Comunale n. 4373 del 29 dicembre 1995* "Piano cittadino per le residenzialità per persone handicappate: approvazione progetto sperimentale e dell'avviso pubblico apertura di credito. Impegno fondi".
- *Deliberazione Giunta Comunale n. 673 del 3 marzo 1998* "Piano cittadino per le residenzialità per persone handicappate. Integrazione e parziale modifica Deliberazione Giunta Comunale n. 4373 del 29/12/1995".
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 137 del 3 dicembre 2001* "Indirizzi per la realizzazione di interventi diretti alle persone disabili".
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 25 del 16 febbraio 2004* "Regolamento del servizio per la mobilità individuale delle persone disabili tramite la mobility card".
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 311 del 30 novembre 2005* "Regolamento del servizio per la mobilità individuale delle persone disabili tramite la mobility card: integrazione punto 8".
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 90 del 28 aprile 2005* "Regolamento Comunale per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona".

- *Deliberazione Giunta Comunale n. 479/2006* “Approvazione degli schemi quadro dei pacchetti di servizio ai sensi dell’art. 9, commi 7 e 8, della deliberazione C. C. 90/2005”.
- *Deliberazione Giunta Comunale n. 730/2006* “Approvazione dello schema quadro di intesa formale per l’erogazione dei servizi di cura domiciliare alla persona ai sensi dell’art. 9, comma 10, della deliberazione C. C. 90/2005”.
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 21 del 19 febbraio 2007* “Regolamento relativo alle modalità di rilascio ed utilizzo del contrassegno per la circolazione e le soste per le persone con disabilità”.
- *Deliberazione Consiglio Comunale n. 47 del 14 maggio 2009* “Modifica ed integrazione del Regolamento relativo alle modalità di rilascio ed utilizzo del contrassegno per la circolazione e le soste per le persone con disabilità” di cui alla deliberazione C.C. n. 21 del 19 febbraio 2007”.

Considerando il disagio mentale, la normativa nazionale e regionale è molto composita e riguarda non soltanto la disciplina dell’intervento e della cura ma anche l’inserimento lavorativo, le agevolazioni fiscali e tributarie, l’edilizia pubblica, ecc.

Dal punto di vista locale è da segnalare in particolare la Deliberazione della Giunta Comunale del 23 aprile 2009 relativa alla “Istituzione presso il Dipartimento V di un “Elenco speciale delle cooperative sociali di tipo B ai sensi della legge n. 381/1991” - Determinazione di riserva di almeno il 5% per cooperative di integrazione da inserire nel P.E.G. (Piano Esecutivo di Gestione) annuale”.

La Delibera, ormai completamente costruita nei minimi dettagli, rappresenta una indubbia portata innovativa soprattutto in riferimento a due aspetti:

- Il richiamo alle “ulteriori categorie” di fragilità (già previste dalla normativa Comunitaria) che portano l’applicazione oltre il dettato dell’art. 4 della legge 381;
- Il collegamento al sistema cittadino di inclusione sociale denominato “Programma RETIS”.

Gli interventi sociali per la promozione della salute

Un quadro generale

In questa parte si è cercato di ricostruire il quadro dei servizi e degli interventi attualmente promossi dall'Amministrazione capitolina a tutela della salute e di promozione e sostegno alla cura delle persone con una disabilità grave o che hanno un disagio psichico riconosciuto.

Dal punto di vista programmatico, il Dipartimento Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma ha avviato nuovi specifici percorsi di efficientamento degli interventi ed ottimizzazione dell'uso delle risorse, centrali e periferiche, destinate all'erogazione dei servizi socio – assistenziali; ciò è peraltro avvenuto analizzando nel dettaglio il sistema consolidato e le azioni avviate in passato in attuazione della riforma di cui alla legge 328/2000, e valorizzando quelle che rispondevano ad oggettivi criteri di efficacia ed efficienza.

I servizi sono molteplici, erogati perlopiù da più soggetti tra loro integrati e coordinati dal Dipartimento alle Politiche Sociali e Promozione della Salute. Peraltro in questo settore la componente sanitaria e quindi il ruolo delle Aziende Sanitarie si integra, anche se in maniera occasionale e non strutturata, con quello del Comune, dei Municipi, della Provincia di Roma, e degli Organismi di Terzo Settore (per lo più le Cooperative sociali di tipo "B"). Inoltre alcuni servizi hanno rilevanza cittadina, altri sono legati alla territorialità municipale.

In tal senso sono diversi gli interventi di natura sociale, determinati nell'assetto organizzativo anche dalla scelta di favorire l'integrazione dei servizi sociali e sanitari.

In particolare si tratta di:

- servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona disabile (SAISH);
- assistenza scolastica a studenti con disabilità;
- centri diurni per disabili;
- case famiglia per disabili;
- tirocini e/o borse lavoro per disabili, cittadini con disagio mentale, malati di Aids, persone sottoposte a misure di esecuzione penale esterna;
- commesse di lavoro a cooperative integrate;
- soggiorni estivi e invernali;
- mobilità;
- osservatorio per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- laboratori teatrali;
- progetti speciali (UIC – ENS – AIPD);
- centri diurni sociosanitari per cittadini con disagio mentale;
- residenzialità per cittadini con disagio mentale;
- attività sportive-culturali e risocializzanti per cittadini con disagio mentale;
- mediazione culturale presso SPDC romani.

Anche per l'assistenza sanitaria negli Istituti di reclusione e pena le novità introdotte dalle recenti disposizioni relative alla territorializzazione della cura e dell'ospedalizzazione, di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di patologie di lungo periodo non gestibili in sede ospedaliera, vedono un importante ruolo delle Aziende Sanitarie in collaborazione con l'Ente locale.

In ognuna delle cinque Aziende Sanitarie Locali è presente almeno un settore in cui sono attivi servizi che riguardano l'Area Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva e l'Area Tutela della Salute e Riabilitazione dei Disabili Adulti.

Le attività dell'Azienda Sanitaria che hanno una forte componente socio-sanitaria, realizzate soprattutto a livello di distretto (coincidente territorialmente con il Municipio) sono:

- diagnosi e trattamento di disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici, di sviluppo neuromotorio e del linguaggio;
- valutazione logopedica e neuromotoria;
- terapie riabilitative (logoterapia, rieducazione neuromotoria);
- psicoterapia individuale e familiare;
- interventi di sostegno alla genitorialità;
- interventi e certificazioni per minori disabili (0 – 18);
- consulenza alle scuole: certificazioni per il sostegno scolastico e per richiesta AEC, elaborazione diagnosi funzionale, partecipazione ai GLH;
- screening dei disturbi di apprendimento;
- interventi di educazione alla salute;
- attività di prevenzione rivolta a singoli o a gruppi su progetti specifici in ambito scolastico;
- collaborazione con il Tribunale per i Minorenni e Ordinario secondo specifici protocolli di intesa;
- riabilitazione neuromotoria;
- psicoterapia individuale e di gruppo;
- integrazione scolastica (diagnosi funzionale, GLH, certificazioni di cui alla Legge 104/92).

Per il disagio mentale gli interventi hanno in ogni ASL una struttura dipartimentale (DSM) Dipartimento di Salute mentale, articolato in Unità Operative Territoriali come CSM (centri di salute mentale); SPDC; Centri diurni; Comunità terapeutiche e residenze sociosanitarie.

Sempre negli stessi servizi della ASL ci sono interventi di competenza sociale integrati con i Servizi Sociali del Municipio, il Comune di Roma e altre istituzioni, quali:

- servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile;
- progetti di residenzialità;
- soggiorni estivi;
- integrazione con i centri di riabilitazione diurni e a tempo pieno.

I punti di forza del sistema: prassi operative

Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona disabile

Si tratta di un servizio socio-assistenziale gestito dai servizi sociali dei Municipi con l'ausilio della ASL. Prevede l'elaborazione di un progetto personalizzato d'intervento (con attività individuali e di gruppo) che ha come obiettivo lo sviluppo e il mantenimento dell'autosufficienza, dell'autonomia e dell'integrazione sociale della persona.

Il servizio è oggetto di riforma, come ampiamente trattato nel testo principale.

Sistema valutazione qualità della vita nelle residenze

Il Comune di Roma, nell'ambito del Progetto "Residenzialità per cittadini disabili", si è dotato di uno strumento di valutazione denominato MAVS (Modello Attivo Valutazione delle Strutture).

Questo modello si caratterizza come un "sistema di valutazione partecipato" e ha come presupposto l'assunto che la valutazione sia un atto collettivo, uno spazio strutturato per riflettere sul lavoro svolto, un momento di crescita professionale e di apprendimento che attivi continuamente i processi di miglioramento delle performance e, di conseguenza, la qualità del servizio reso. Gli strumenti operativi scaturiti da questo modello, e attualmente in uso in tutte le strutture afferenti il Progetto, scaturiscono dall'esame delle *aree* che si ritengono più significative per la valutazione della qualità del servizio reso e che richiedono pertanto un monitoraggio attento e costante:

- 1) struttura
- 2) risorse umane
- 3) coordinamento
- 4) programmazione
- 5) protagonismo degli ospiti e attività
- 6) rilevazione della soddisfazione del servizio

Osservatorio permanente sull'accessibilità alle strutture comunali

Il progetto è stato il primo nel suo genere in Italia e in Europa ed infatti ha ricevuto importanti riconoscimenti e premi da esperti del settore quali: Premio Forum P.A. Aperta nella Sezione "Accesso alle Strutture e ai Servizi" nel 2004, Premio IQU – Innovazione e Qualità Urbana nella sezione Premi OnLine – Tecnologie nel 2005.

Il progetto consiste nella realizzazione di una banca dati telematica (visitabile sul sito www.comune.roma.it/accacomune/osservatorio) utilizzabile dai cittadini o dai turisti con esigenze speciali per poter organizzare i propri spostamenti in città o dai tecnici del Comune per pianificare nel tempo gli interventi volti all'abbattimento delle barriere architettoniche.

L'Osservatorio si compone di una serie di schede, una per ogni area (asse stradale, infrastruttura ed edificio censito) e di alcune mappe tematiche della città. Le schede relative agli edifici di maggior interesse sono collegate alle mappe tematiche e richiamabili dalle mappe stesse, in modo tale da avere un quadro complessivo dell'accessibilità nella città. Attualmente sono state rilevate e descritte più di 3.600 strutture.

Assegnazione e utilizzo budget per assistenza personale indiretta

Il "sistema vita indipendente" consente agli utenti inseriti nell'assistenza indiretta e che necessitano di interventi risolutivi per la loro autonomia ed assistenza, di utilizzare, nello stesso mese di riferimento del servizio, il fondo concordato nel "piano personalizzato", senza dover anticipare le somme necessarie per il pagamento delle competenze al personale di assistenza.

Operativamente il Municipio valuta l'accesso al servizio dell'utente, definisce il "budget" e mette a disposizione i fondi dalle proprie risorse di bilancio, controlla la qualità del servizio e della documentazione giustificativa delle spese, trasmette alla U.O. Disabilità e Salute Mentale del Dipartimento gli elementi necessari per la predisposizione degli atti amministrativi. A questo punto il Dipartimento provvede alla predisposizione degli atti amministrativi necessari all'impegno fondi e trasmette all'Istituto di credito le indicazioni che pervengono dai Municipi in merito ai singoli utenti. L'utente quindi accede direttamente alle risorse che gli sono state assegnate.

Questo servizio sarà implementato nell'ambito della riforma dell'assistenza domiciliare.

Progetto “Residenzialità”

Si tratta di un servizio socio-assistenziale istituito ai sensi della L. R. n. 41/03 e gestito dal Dipartimento Politiche Sociali. Offre una soluzione alternativa all’istituzionalizzazione, in quei casi in cui il distacco dal nucleo familiare d’origine non può avvenire in modo autonomo. E’ un servizio rivolto a disabili adulti (L. 104/92) con disabilità fisiche, psichiche e/o sensoriali, che abbiano diversi gradi di autonomia e autosufficienza, ma che non necessitano di assistenza sanitaria (medica o terapeutica) di tipo continuativo, non hanno superato l’età pensionabile e sono residenti nel Comune di Roma.

Le strutture residenziali offrono un’accoglienza 24/h e si caratterizzano per essere di tipo “civile abitazione”. Ciò significa che, nel rispetto dei requisiti previsti, sono realizzate per rispondere alle esigenze di piccoli gruppi di ospiti in un clima che si avvicini il più possibile a quello familiare. La gestione diretta è affidata a soggetti del privato sociale che hanno ricevuto dall’Amministrazione Comunale l’autorizzazione all’apertura e al funzionamento, secondo requisiti stabiliti dalle normative regionali. Le attività previste all’interno delle strutture privilegiano interventi di tipo socio-educativo e relazionale, volti al mantenimento e allo sviluppo della rete sociale di riferimento. Un sistema di valutazione garantisce la buona qualità della vita delle persone residenti.

Si tratta di una attività tipica di natura socio-sanitaria (secondo il dettato dei DPCM del 2001) che attualmente risulta completamente in carico al Bilancio di Roma Capitale.

Progetto “Filippide”

Progetto proposto e realizzato dall’Associazione Sportiva Dilettantistica Sport e Società, con finanziamento del Dipartimento Politiche Sociali. Il progetto, che si svolge presso la piscina e gli impianti sportivi dell’Acquacetosa, comprende corsi di nuoto ed attività di atletica destinati a disabili con ritardo mentale grave o gravissimo (prevalentemente Sindrome Autistica). Le attività si svolgono nell’arco di 9 mesi (da ottobre a giugno). L’iniziativa nasce dalla convinzione che lo sport in generale e tutti i processi che coinvolgono la partecipazione ad un evento sportivo possono costituire un utile strumento per favorire e rafforzare l’autonomia delle persone disabili, offrendo inoltre un valido sostegno alle famiglie degli atleti.

Nell’anno 2009/2010 sono iscritti alle attività sportive 60 persone disabili di diverse fasce d’età: piccolissimi (fino a 10 anni) e adolescenti (da 10 a 18 anni) con corsi di nuoto, giovani e adulti con corsi di nuoto o attività di atletica.

Laboratorio teatrale “Piero Gabrielli”

Il progetto, promosso dal Dipartimento V (U.O. Disabilità e Salute mentale), Teatro di Roma e M.I.U.R Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, si rivolge a studenti provenienti da Istituti Scolastici di diverso ordine e grado, con e senza disabilità. Le finalità sono:

- favorire l’inclusione scolastica attraverso l’utilizzo di mezzi comunicativi propri dell’attività teatrale, con una metodologia originale del “Piero Gabrielli”;
- favorire e supportare il cambiamento sia nel gruppo che nella singola persona oltre che in tutto il sistema scolastico;
- dare pari opportunità a tutti gli studenti attraverso un’attività che non pone confronti competitivi, ma lascia a ciascuno le modalità di esprimere pienamente sé stesso recuperando le residue capacità;

- valorizzare le risorse degli operatori della scuola, del teatro e dei servizi, le loro professionalità ed esperienze pregresse.

Nell'anno scolastico 2008-2009, nelle scuole della rete e nella sede del Laboratorio Piero Gabrielli, sono stati realizzati 33 laboratori, in 17 scuole, a cui hanno partecipato 945 allievi. Attualmente il progetto è inserito quale "buona prassi" nel progetto europeo: Disability and Social Exclusion di: West (welfare-società-territorio) e IAS (Istituto Affari Sociali - Ministero welfare) visibile in: <http://dse.west-info.eu>.

Il dibattito emerso dai forum cittadini

Due questioni preliminari

1. L'integrazione socio-sanitaria

E' ormai del tutto evidente che tutta l'organizzazione territoriale dei servizi riguardanti la salute, la disabilità ed il disagio psichico debba essere strettamente relazionata con i servizi sanitari, in un quadro di integrazione socio-sanitaria poiché solo una "presa in carico" di tipo integrato può assicurare una risposta progettuale adatta alle esigenze della persona. A livello locale si ricompono la molteplicità delle risorse attivabili, generando un meccanismo virtuoso in grado non solo di assicurare alti livelli qualitativi assistenziali, ma anche razionalizzare la complessità gestionale del sistema.

Il dibattito sul tema è aperto, ma è evidente come la Città di Roma per dimensioni ed importanza costituisca un unicum, non solo a livello regionale e tale specificità consenta di porre in essere iniziative di carattere sperimentale che possano rappresentare primi significativi passi nella giusta direzione.

2. Un nuovo approccio alle disabilità

In questi anni il Dipartimento per la Promozione dei Servizi Sociali e della Salute ha dato un segno di discontinuità rispetto al passato adottando un diverso approccio alla disabilità, propugnando una significativa evoluzione culturale per "uscire da una rappresentazione che riduce la disabilità al *deficit*, alla riabilitazione e ad un'azione educativa essenzialmente compensativa". Si tratta d'altronde di un'evoluzione che trova riscontri nel nostro impianto giuridico ed in quello internazionale, come dimostra Legge 3 marzo 2009, n. 18 con cui l'Italia ha ratificato *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, approvata dall'Assemblea dell'ONU il 13 dicembre 2006 con cui si è voluto "...proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità" (Art.1 Punto 1). Nella stessa direzione, anche se con connotazioni di natura più tecnico - culturale, andava del resto la *"Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute" (ICF) emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità* che già nel 2001 indicava come lo stato di disabilità sia il risultato di un'interazione tra menomazione, limitazioni e restrizioni delle attività e barriere ambientali, in tal senso parlando di condizione multidimensionale attraverso la triplice declinazione fisica, sociale e ambientale.

Dal punto di vista operativo la scelta operata è stata ispirata, come in precedenza accennato, anche dalla constatazione dell'inefficacia del sistema basato su logiche settoriali e assistenzialistiche che storicamente, in Italia, hanno condotto all'evoluzione del welfare che ha seguito due filoni: risposta alla "malattia" il primo, risposta alle "conseguenze della malattia". La scelta è stata dunque di impostare un lavoro prodromico al sistema integrato di servizi sorretto da una *presa in carico globale*, nell'ottica della razionalizzazione della spesa, per la semplificazione per i cittadini e per porre le basi anche per l'integrazione dei servizi educativi e di inclusione lavorativa e sociale.

La salute

Il dibattito ha sottolineato l'estrema attenzione dei partecipanti agli aspetti collegati all'ambito sanitario:

- la realizzazione di percorsi educativi sulla consapevolezza del valore della salute, sulla necessità di prevenire alcune malattie croniche (HIV) e sulla importanza della lotta alla obesità, alla bulimia e alla anoressia;
- la promozione della salute a tutti i livelli evolutivi (infanzia, adolescenza, età adulta e anzianità) con campagne di sensibilizzazione cittadine;
- il supporto e sollievo alle famiglie con pazienti gravi attraverso la creazione di micro strutture di ospitalità transitoria (3-6 mesi) che permettano alle famiglie di attrezzare la casa per ospitare il paziente cronico e assumere le nozioni base per la gestione domestica di un paziente cronicizzato;
- la stipula di protocolli con Enti e Associazioni di rappresentanza per promuovere iniziative finalizzate alla sicurezza sui luoghi di lavoro⁴.

La disabilità

A) Un percorso operativo per l'integrazione sociosanitaria.

Dal punto di vista operativo si è sottolineata la necessità - a livello di distretto sociosanitario - della formazione di *Unità Valutative Multidisciplinari per le persone con disabilità* con lo scopo di portare a piena attuazione le leggi e le direttive operative previste per l'integrazione sociale, sanitaria, scolastica delle persone disabili tra Servizi Sociali Municipali, Servizi Asl (TSMREE e Servizio Disabili Adulti) e servizi provinciali. Le UVM potranno:

- assicurare una valutazione multidimensionale dei bisogni socio educativi, assistenziali, sanitari e sociosanitari delle persone;
- garantire la coerenza degli obiettivi definiti nel piano d'intervento personale con il progetto terapeutico riabilitativo globale;
- avviare programmi personali di uscita dalla scuola dell'obbligo, suggerendo e sostenendo il successivo inserimento, dopo un'attenta analisi delle potenzialità di ognuno, in ordine alla prosecuzione degli studi o all'inserimento in corsi di formazione professionale;
- garantire la continuità assistenziale, definendo i percorsi di passaggio dal Servizio TSMREE al Servizio Disabili Adulti degli utenti minori;
- programmare verifiche congiunte.

⁴ Consiglio Comunale di Roma, Documento di Programmazione Finanziaria 2009-2010, 2008, p. 61.

B) La promozione culturale

Per ciò che riguarda le azioni di sensibilizzazione e di promozione culturale:

- favorire, incentivare e sostenere economicamente progetti artistico-culturali proposti da soggetti disabili;
- realizzare un Museo – Laboratorio di Arte Sperimentale come struttura che realmente e simbolicamente riqualifichi il tessuto umano attraverso il dialogo tra la cultura e l'arte dei disabili e quella di importanti artisti contemporanei: la bellezza artistica ha una forza educatrice e è foriera di una nuova mentalità;
- diffondere la cultura dell'inclusione digitale nel territorio della Capitale, sostenendo *processi inclusivi* ad ogni livello della società: socio-assistenziale, scolastico, formativo e istituzionale, attraverso la valorizzazione e lo sviluppo delle tecnologie informatiche e di comunicazione che ampliano per tutti i cittadini gli spazi di azione autonoma e interazione con il tessuto sociale, culturale, politico e che danno la possibilità di interagire a distanza, di personalizzare le modalità di utilizzo di un computer, di poter entrare in contatto con i contenuti presenti in Rete o su supporti digitali tramite la multimedialità, sfruttando i canali sensoriali più adeguati alle esigenze di ognuno;
- inserire negli spazi istituzionali di Roma Capitale e nei Municipi gli ausili informatici di comunicazione *hardware* e *software* di cui possano avvalersi molti cittadini con disabilità sensoriali o fisiche per interagire con un computer e la Rete Internet, strumenti che sempre più sono una via d'accesso preferenziale all'interazione con la realtà stessa.

C) I minori con disabilità

Per quanto riguarda i minori con disabilità:

- promuovere intese per un'azione integrata tra ospedale e servizi territoriali socio-sanitari al momento della nascita di un bambino con disabilità. L'attenzione nella fase puerperale e gli interventi di aiuto e sostegno in questo periodo della vita di un nucleo familiare permetterebbero un intervento precoce sulla disabilità, con conseguente migliore risultato sul piano riabilitativo, ridurrebbero il disagio psichico dei familiari, contribuirebbero all'eliminazione o al contenimento dei disturbi psichiatrici che spesso si innestano su una situazione di disabilità per la persona e per la sua famiglia;
- definire protocolli operativi tra ospedale (e luogo del parto) e servizio territoriale, al fine di garantire una presenza del servizio già al momento della comunicazione della diagnosi e la messa in atto, in accordo con la famiglia, di un primo progetto di presa in carico che affianchi concretamente la famiglia nella difficile gestione di problemi complessi che possono segnalarla profondamente e determinare diversi esiti per il futuro del bambino e per la famiglia;
- Attivare, per i cittadini più bisognosi, un servizio domiciliare di supporto alla genitorialità per un periodo che varia da un anno ad un massimo di tre, attraverso la figura di un educatore professionale con competenze specifiche;
- sostenere l'inclusione scolastica con azioni che permettano di:
 - o richiamare con decisione la *mission* della scuola: "*L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione*" (L. 104/92 art. 12 c.3);
 - o adottare, nelle varie forme di intesa tra Ente Locale – ASL – Scuola, l'approccio della progettazione condivisa: analisi dei contesti, definizione delle risorse necessarie, determinazione del gestore del progetto, del valutatore e del controllo;

- codificare a livello cittadino i compiti, il profilo professionale e il contesto operativo degli AEC e le altre figure d'assistenza presenti nella scuola per scongiurare azioni di "isolamento" di ostacolo alla reale inclusione dell'alunno con disabilità;
- differenziare l'intervento necessario per bambini con disabilità e bambini che necessitano di interventi educativi specifici;
- produrre, con tutti gli attori, una uscita programmata dalla scuola, nel rispetto dal progetto personalizzato, valutando potenzialità e difficoltà per prevedere itinerari certi di inclusione;
- adottare progetti specifici per alunni con autismo per provocare una ripercussione positiva non solo sull'alunno con autismo, ma anche sui compagni di classe, il corpo insegnante ed il personale scolastico tutto e sull'intera collettività. In particolare, individuare/implementare un canale comunicativo adeguato al funzionamento dell'alunno; "trasferire" competenze all'intero gruppo docenti e assistenti; indicare modalità e strumenti atti al raggiungimento degli obiettivi che la scuola, in accordo con la ASL e la famiglia, formula annualmente tramite P.E.I.; insegnare modalità di prevenzione e gestione dei comportamenti problematici degli alunni con autismo al corpo insegnante; insegnare al gruppo dei pari come relazionarsi con l'alunno con autismo; creare dinamiche, procedure e routine che consentano di praticare le abilità comunicativo-relazionali in acquisizione; fornire conoscenza ed informazione sulle sindrome, le sue caratteristiche ed i suoi deficit, ma soprattutto sottolineare ciò che "rende uguali" tutti gli alunni.

D) Il SAISH (Servizio per l'Autonomia e l'Inclusione Sociale del disabile)

- Si ravvisa la necessità di un sistema di valutazione e di ingresso unificato a livello cittadino, al fine di razionalizzare gli accessi a livello municipale in relazione ai bisogni dei cittadini;
- l'adozione di progetto personalizzato per ogni utente, laddove non sia già in uso, faciliterà l'integrazione del SAISH con i servizi sanitari e sociosanitari, semplificandone i processi;
- nelle situazioni di disabilità intellettiva, autismo e DGS e/o disturbi del comportamento sono particolarmente necessari interventi psico-educativi, ambulatoriali, "extramurari" e/o domiciliari", per la generalizzazione delle acquisizioni, incremento delle autonomie e di inclusione sociale e lavorativa, tramite figure professionali specificatamente formate e messe a disposizione dal servizio sanitario;
- in caso di emergenze (aggravamento temporaneo ed improvviso, indisponibilità dei familiari per un ricovero del genitore, la nascita di un altro figlio, un lutto etc.) occorre prevedere risorse apposite per interventi mirati e immediati;
- le prestazioni proprie del servizio possono essere integrate favorendo una collaborazione con organismi di volontariato, singole persone di "buon vicinato" al fine di facilitare azioni di aiuto in forma di assistenza leggera rivolte alle persone disabili, ai loro familiari: piccole spese, accompagnamento, attività ricreative, disbrigo pratiche burocratiche, sostegno in caso di ospedalizzazione, ecc.

E) I Centri diurni

In relazione ai Centri Diurni si ravvisa la necessità di operare per:

- integrare la programmazione dell'attività dei centri diurni con l'assistenza domiciliare;
- un programma pluriennale per la realizzazione di un CD socio-sanitario per ciascun municipio, soprattutto nelle situazioni di disabilità intellettiva e disturbo generalizzato dello sviluppo nella fascia di età adolescenziale, giovane adulta e adulta;

- l'istituzione di centri semiresidenziali socio-riabilitativi territoriali di piccole/medie dimensioni per disabili con un'offerta parametrata in base ai bisogni della popolazione di riferimento e delle loro famiglie;

F) La residenzialità

In questo caso si rileva la necessità di interventi di varia natura volti a:

- coinvolgere gli organi regionali per l'attuazione dei DPCM del 2001 nella fattispecie;
- in ragione dell'ottenimento di risultati di cui al punto precedente, potenziare le disponibilità attuali, anche ipotizzando programmatiche complesse quali:
 - realizzare un piano straordinario di case/famiglia, prevedendo la diversificazione delle strutture, collocandole in un *continuum* di programmi che partendo da una bassa intensità sanitaria e prevalente assistenza socio/educativa, si articolano in strutture in grado di offrire programmi ad alta intensità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria con la possibilità di ristrutturarsi con il modificarsi dei bisogni degli ospiti - attraverso l'integrazione sociosanitaria - e permettere, in tal modo che la permanenza in casa famiglia sia per tutta la vita, considerandola casa propria;
 - avviare un programma pluriennale per la realizzazione di almeno una residenza socio-sanitaria per municipio;
 - Inoltre risulta fondamentale:
 - programmare esperienze propedeutiche all'abitare attraverso la creazione di una struttura intermunicipale (si rivolge agli utenti dei Municipi compresi nel territorio ASL) per sperimentare una convivenza temporanea, attraverso giornate, *week-end* e settimane che permettano percorsi l'avvicinamento alla residenzialità, favorire lo sviluppo delle autonomie della persona disabile, aiutare la scelta di un gruppo positivamente convivente e accompagnare la famiglia nel processo di distacco del figlio, dando la possibilità di una scelta in prospettiva che non sia di emergenza, ma consapevolmente voluta da entrambi;
 - favorire misure differenziate a seconda delle differenti situazioni di vita delle persone, arrivando anche a forme di autogestione;
 - sostenere - ove possibile - la permanenza in casa propria di persone disabili rimaste senza sostegno familiare anche attraverso una rete solidale che potrebbe includere anche i vicini di casa, i negozianti, i ristoratori o altri esercizi disponibili a convenzioni a prezzi sociali.

G) L'inclusione lavorativa

Per quanto riguarda l'inclusione lavorativa, sviluppare il modello già adottato con il "Programma RETIS" con la piena attuazione della "delibera del 5%":

- Adottare un modello organizzativo integrato basato su gruppi di lavoro stabili a livello territoriale che facciano riferimento al mondo della formazione, del sociale, a quello sanitario e ai servizi per l'impiego. Un sistema di lavoro centrato sulla persona, in grado di proporre percorsi di orientamento che definiscano le competenze di ogni persona, adottando misure di attenzione alle diverse condizioni di disabilità, diversificando le forme di inclusione: borse lavoro, stage finalizzati all'assunzione, inserimenti senza finalità di assunzione, con relativo compenso a carico del servizio, ecc.;
- potenziare l'offerta formativa per le persone con disabilità, con garanzia di accessibilità anche alle nuove tecnologie;

- istituire in ogni Municipio il SIL (servizio per l'inclusione lavorativa) unico (per l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità e disagio mentale) in rete tra Dipartimenti capitolini, Provincia e organismi del Terzo settore;
- promuovere percorsi formativi e di inserimento lavorativo in contesti "protetti", con il supporto di tutor;
- promuovere imprese sociali integrate (fattorie sociali a valenza riabilitativa e inclusiva, laboratori artigiani integrati, cooperative sociali integrate tipo B, ecc.).

Inoltre, rispetto delle quote riservate per legge ai disabili:

- o evitare di reiterare all'infinito tirocini di lavoro, inefficaci rispetto ad una eventuale assunzione;
- o riprendere gli inserimenti lavorativi nella pubblica amministrazione, attraverso specifici bandi da promuovere in deroga al blocco regionale delle assunzioni;
- o sostenere nel settore privato le esperienze anche piccole di inserimento lavorativo;
- o attivare una campagna di sensibilizzazione verso le aziende e la costruzione di un albo di imprese "solidali" disponibili ad accogliere persone con disabilità individuando vari ambiti lavorativi;
- o impegnare le Amministrazioni Pubbliche (in primis le aziende del Gruppo di Roma Capitale) a privilegiare, nell'ambito delle gare di appalto che effettuano per l'espletamento di vari servizi, quelle ditte che sono disponibili ad inserire nelle loro attività produttive una persona disabile;

H) La mobilità

Le indicazioni per la mobilità riguardano:

- la promozione di un piano cittadino che progressivamente renda accessibili e fruibili tutti i mezzi di trasporto pubblico;
- l'aiuto alla mobilità per le persone con disabilità intellettiva, prive di accompagnatore, nonché per coloro che lavorano e che non sempre sono in grado di spostarsi con i mezzi pubblici;
- prevedere la possibilità di contribuzione /pagamento da parte dell'utente in base al reddito e alla gravità.

I) I soggiorni per persone disabili anziane

Negli Avvisi Pubblici per la gestione dei soggiorni estivi per le persone anziane emanati da diversi municipi cittadini, è già prevista una quota riservata alle persone con disabilità: tale diritto dovrà essere reso fruibile in tutto il contesto romano.

J) Le disabilità estreme

Per quanto riguarda la GCA (Grave Cerebrolesione Acquisita), gli stati vegetativi e gli stati di minima coscienza) le indicazioni sono per:

- incentivare il processo di domiciliarizzazione e attivazione dell'assistenza domiciliare integrata) (in particolare per le situazioni di estrema gravità) al fine di ridurre i rischi di povertà e di emarginazione sociale della famiglia e ridurre i rischi attinenti la perdita di lavoro e la malattia dei componenti la famiglia e mantenere la famiglia nel tessuto sociale e la sua capacità produttiva;
- supportare la famiglia e le persone con gravissima disabilità attraverso:
 - o assistenza diretta, assistenza indiretta con un monte ore adeguato alle esigenze della persona;
 - o coinvolgimento delle Aziende Unità Sanitarie Locali nella risoluzione delle problematiche relative a tale assistenza;

- o supporto per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- o servizio trasporto per spostamenti presso strutture ospedaliere, per effettuare visite o esami di controllo;
- o supporto psicologico e sociale alle famiglie, in particolare nei primi mesi del rientro a domicilio;
- o supporto economico annuo alle famiglie in base all'Isee, contestuale all'assistenza diretta;
- o sviluppo del progetto "Insieme si può";
- o snellimento dei processi burocratici;
- o istituzione del *case manager*;
- o supporto per consentire alla persona gravemente disabile di poter andare in vacanza, attraverso l'orientamento presso strutture attrezzate per disabili e un contributo economico;
- o promozione di una seconda "CASA IRIDE", anche attraverso il coinvolgimento delle strutture regionali competenti..

K) Il Consulente H alla pari

Infine, sul tema delle disabilità il PRS prevede un' azione innovativa relativa al "Consulente H alla pari".

Nello specifico si evidenzia l'importanza di inserire la consulenza alla pari all'interno dei servizi pubblici rivolti alla disabilità (Servizio disabilità municipale – U.O. Disabili adulti distrettuale), come prestazione da poter integrare all'interno del piano di intervento personale. Si tratta di una particolare forma di *counselling*, quando una persona con disabilità chiede il sostegno per risolvere i propri problemi ad un'altra persona che condivide la sua stessa condizione per sviluppare percorsi di vita autonoma; per rielaborare il proprio vissuto relativo alla disabilità consapevolezza nei confronti di se stessi, rispetto alle proprie capacità, ma anche ai propri limiti; per porsi in maniera attiva, realistica, propositiva e progettuale all'interno dei contesti in cui vive e sviluppare processi di *empowerment*.

Il disagio mentale

A) I servizi

- promuovere presso le ASL il potenziamento dei servizi di prevenzione e cura con apertura dei servizi h24;
- promuovere e potenziare l'assistenza domiciliare, da attuarsi in forma integrata con gli interventi dell'équipe che esercita la presa in carico. Il servizio è particolarmente importante nel caso di persone che si trovino in momenti di crisi o in fase post-acuzie ed è una misura di sostegno imprescindibile per le famiglie. L'assistenza domiciliare, con visite frequenti e regolari, è uno strumento essenziale anche nella prevenzione dei disagi più gravi ed è fondamentale nel sostegno alle famiglie. Tali interventi a sostegno della persona, che devono vedere integrate risorse sanitarie e risorse sociali, aiutano la permanenza in contesti naturali di vita, considerate le conseguenze spesso invalidanti delle gravi patologie psichiche.

B) La residenzialità

- stabilire una riserva per alloggi di edilizia residenziale pubblica per i cittadini con disagio mentale, tramite un protocollo d'intesa tra l'Amministrazione Comunale e i DSM;
- incrementare il fondo specifico comunale quale sostegno economico all'abitare. Tale fondo si intende diretto a cittadini con disagio mentale inseriti in percorsi di cura semiresidenziali (Centri Diurni) o al termine di percorsi di cura residenziali (Comunità Terapeutica, Clinica, Casa Famiglia, ecc..) che hanno sviluppato sufficienti autonomie e che necessitano di sostegni specifici economici all'abitare per la costituzione di nuclei abitativi dedicati.

- Inoltre si ritiene opportuno:
 - o definire ed attivare all'interno del coordinamento centrale (presso il Dipartimento promozione dei servizi sociale e della salute e delle politiche abitative) un'area integrata, rappresentata dai 4 moduli sanitari e dai Municipi, che si ponga come cerniera tra bisogni di protezione sociale legati "al sostegno all'abitare" e il sistema di risorse formali ed informali di settore e generalizzate, che affianchi il lavoro dell'équipe terapeutica nel proseguimento del percorso di reinserimento sociale avviato con il paziente, attraverso l'incentivazione di protocolli operativi con le realtà che possano attivamente collaborare;
 - o richiedere l'istituzione presso il DSM di un osservatorio dei bisogni legati all'abitare;
 - o studiare la fattibilità di progetti di *co-housing*;
 - o instaurare la collaborazione con gli uffici che gestiscono il censimento dei casolari abbandonati edificati in terreni pubblici e degli immobili confiscati dallo Stato alle organizzazioni criminali per un riutilizzo sociale, ecc.;
 - o la stipula di accordi/protocolli tra DSM/ Municipi con Associazioni di Tutela legate al mercato immobiliare;
 - o la rimodulazione della normativa comunale che disciplina i contributi economici per l'assistenza alloggiativa (del. 163/96). Si chiede che vengano ampliate le categorie di beneficiari e tra queste inserire le persone che hanno ultimato lunghi percorsi di cura di carattere comunitario e che non hanno più alcun riferimento abitativo.

C) L'inclusione lavorativa

Per l'inclusione lavorativa si propone, all'interno del Programma RETIS, l'istituzione del S.I.L. unico (per l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità e disagio mentale) a livello municipale quale servizio di prossimità, fulcro della microrete locale all'interno del sistema cittadino più ampio che svolga una funzione di mediazione tra le esigenze formative e lavorative dei cittadini più fragili (spesso in situazione di debolezza sociale dove parallelamente bisogna attivare interventi immediati di contrasto alla povertà) e quelle del sistema produttivo.

D) La prevenzione e la lotta allo stigma

- offrire sostegno alle iniziative di informazione e formazione dei medici di medicina generale;
- organizzare eventi mediatici (proiezione di film e/o interventi di personaggi noti) per richiamare un'attenzione maggiore sul problema dello stigma;
- attuare corsi di formazione per docenti;
- progettare uno "sportello" come spazio di ascolto specifico ed eventualmente di un numero verde per un primo orientamento a livello individuale delle situazioni problematiche emergenti, pensato al di fuori dal circuito sanitario, ma ad esso fortemente correlato;
- promuovere eventi specifici ed attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con i servizi ASL (TSMEE, Medicina legale, ecc.) e con le famiglie che aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale;
- creare una rete con Enti, servizi e volontariato al fine di diffondere informazioni sui temi di salute mentale attraverso progetti innovativi (es, siti informativi/interattivi, blog, ecc.) con particolare attenzione alla popolazione giovanile, poco propensa ad un approccio iniziale di tipo tradizionale.

E) La salute mentale negli istituti di reclusione e pena

In relazione al tema di interventi sociali per la promozione della salute negli Istituti di reclusione e pena, si reputa necessario reintrodurre e/o istituire ex novo risorse a supporto delle persone ristrette in carcere che presentino problematiche mentali, in modo da favorire l'azione di reinserimento e di reintegrazione nel contesto sociale al momento della loro uscita dal regime reclusivo.

Appendici

Appendice 1 – La normativa in materia di promozione della salute e di assistenza

A. Normativa relativa alla tutela della salute delle persone straniere

Normativa nazionale

- Decreto Legge 18 novembre 1995, n. 489, articolo 13;
- Legge 6 marzo 1998, n. 40, articolo 35 ‘Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale’;
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 articolo 1 comma 827.

Normativa regionale del Lazio

- L.R. 03 Marzo 2003, n. 4, Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali;
- L.R. 21 Ottobre 2008, n. 18, Misure urgenti in materia sanitaria;
- L.R. 17 Febbraio 1992, n. 11 (1), Interventi straordinari di riduzione del rischio di infezioni HIV (virus dell'immunodeficienza umana) negli istituti di pena della Regione Lazio.

B. Normativa relativa alla tutela della disabilità in Italia e nel Lazio

Normativa nazionale

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 *Istituzione del servizio sanitario nazionale*
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”
- Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*”;
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104: “*Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*”;
- Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione 7 maggio 1998;
- Legge 21 maggio 1998, n. 162: “*modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n.104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave*”;
- Legge 12 marzo 1999, n. 68: “*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*”;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328: “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”;
- D.P.C.M. 21 maggio 2001 n. 308 “*Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale*”;
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001 “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*”;
- Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 (*ipotizza in favore dei disabili gravi in sinergia con i servizi sociali “soluzioni abitative in residenze di piccole dimensioni che, pur promuovendo l’autonomia, mantengano il paziente in un contesto relazionale favorevole”*).

Normativa regionale del Lazio

- Legge Regionale n. 381/96 "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio";
- Deliberazione G. R. Lazio del 15/02/2000 n. 398 "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78".
- Legge Regionale n. 4/2003 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";
- Legge Regionale n. 41/2003 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali";
- Deliberazione G. R. Lazio n. 1305 il 23/12/2004 "Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'art. 11 della l. r. 41/2003";
- Legge Regionale n. 20/2006 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";
- Deliberazione G. R. Lazio n. 424 del 14/07/2006 "Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie";
- Deliberazione G. R. Lazio 19/06/2007 n. 433 "Indicazioni ed interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio";

C. Normativa relativa alla tutela del disagio mentale*Normativa nazionale*

- Legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle Cooperative Sociali";
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- DLGS n. 460 del 4 dicembre 1997 "Riordino della disciplina tributaria degli Enti non commerciali e delle Organizzazioni non lucrative e di utilità sociale"
- Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999 "Progetto obiettivo nazionale Tutela salute mentale 1998-2000";
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge 3 Aprile 2001 n. 142 "Revisione della legislazione in materia cooperativistica, con particolare riferimento alla posizione del Socio lavoratore"
- Legge 23 novembre 2006, n. 20 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza".

Normativa regionale del Lazio

- Legge regionale 14 gennaio 1987 n. 9 "Interventi regionali in favore delle cooperative integrate"
- Legge regionale 27 giugno 1996 n. 24 "Disciplina delle cooperative Sociali"
- Legge regionale 9 settembre 1996, n. 38: "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio";
- Legge regionale n. 12/99 "Disciplina delle funzioni amministrative regionali e locali in materia di Edilizia Residenziale Pubblica";

- Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";
- Legge regionale 12 dicembre 2003 n. 41 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-sanitari";
- Regolamento regionale n. 2/2000: "Regolamento per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica destinata all'assistenza abitativa ai sensi dell'art. 17, comma 1, della Legge Regionale 6 agosto 1999, n. 12";
- DGR n. 236/2000 "Approvazione Progetto obiettivo regionale "Promozione e tutela salute mentale 2000-2002 età adulta. Attuazione del Progetto obiettivo nazionale: tutela salute mentale 1998-2000. approvato con DPR 10 novembre 1999";
- DGR 23 dicembre 2004 n. 1305 "Autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali ed organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'art. 11 della L.R. n. 41/2003";
- DGR 14 luglio 2006 n. 424 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Appendice 2 - La presa in carico delle persone con disabilità

Premessa

La presa in carico delle persone con disabilità è una modalità gestionale che prevede che tutti gli attori coinvolti (ASL, Municipio, Terzo settore) nell'attività di assistenza e integrazione della persona con disabilità, collaborino alla strutturazione di un percorso di sostegno e integrazione confacente alle esigenze ed alle potenzialità della stessa. Tale metodologia dovrebbe auspicabilmente essere sviluppata, come ad esempio già accade nel contesto scolastico con la presa in carico degli alunni con disabilità.

Il concetto ispiratore è la necessità di ottimizzare le risorse umane e organizzative disponibili per permettere all'utenza il raggiungimento del miglior livello possibile di Qualità di Vita sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale.

Che cos'è la presa in carico

Per "presa in carico" intendiamo: un processo integrato e continuativo, che vede coinvolti i Servizi e l'utenza nella progettazione di un piano personale di assistenza sanitaria e sociosanitaria e che richiede la gestione di un insieme articolato e coordinato di interventi idonei a rimuovere, quanto più possibile, le condizioni che ostacolano l'inclusione scolastica e lavorativa e sociale e favoriscono il più completo svolgersi della personalità dei singoli individui con disabilità. E' quindi di fondamentale importanza che in questo processo sia rispettato il diritto di autodeterminazione della persona e quindi sia prevista la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia nella definizione e attuazione del progetto e nella sua verifica.

La presa in carico si connota pertanto come l'insieme di attenzioni e di interventi (sanitari e sociali) e di condizioni (organizzative e giuridiche) che vanno dalla nascita o dal momento che si verifica la disabilità e durante tutto l'arco della vita della persona disabile e della sua famiglia.

L'assistenza alle persone con disabilità è complessa anche per l'estrema varietà delle situazioni familiari, socio-culturali, economiche, ambientali in cui le varie forme cliniche si manifestano (cosicché anche la gestione di una patologia frequente, nota e relativamente "semplice" può di-

ventare complessa). Per questo è necessario superare la visione “nosografica” delle patologie per acquisire un’ottica “funzionale”.

Per avvicinarsi alla cronicità nell’ottica del sostegno/miglioramento delle funzioni, accanto ad una corretta assistenza “medica”, occorre privilegiare azioni che tendano ad un’efficace rimozione degli ostacoli disabilitanti a loro volta legati in parte alla malattia, in parte al contesto socio-ambientale ed economico.

Che cosa occorre per realizzare la presa in carico

1. *un luogo* che sia il centro della valutazione e della definizione del Progetto Globale di Presa in Carico. L’art. 14 della l. 328 indica già che il Progetto Individuale deve essere redatto d’intesa con la ASL.
2. *un codice condiviso* per valutare la condizione di salute della persona, al fine di predisporre il Progetto Globale di Presa in Carico. Il sistema di classificazione internazionale ICF rappresenta uno strumento utile per introdurre criteri e strumenti di valutazione delle abilità e delle performance della persona, necessari per definire il Progetto Globale;
3. *un responsabile del Progetto Globale di Presa in Carico* che rappresenti “fisicamente”, oltre che sul piano istituzionale, il punto di riferimento per la persona e la sua famiglia. Il Responsabile del Progetto Globale di Presa in Carico deve garantire il coordinamento tra il Progetto Globale e i Progetti Specifici, deve essere il riferimento informativo nei confronti della persona e della famiglia, deve potere intervenire nei confronti dei diversi soggetti/attori che hanno un ruolo nello svolgimento del Progetto Globale, al fine di correggere eventuali errori, capirne la natura, proporre soluzioni, segnalare alla persona i motivi delle disfunzioni;
4. *una documentazione unica* che raccolga tutte le informazioni, gli atti, le anamnesi, le relazioni, le valutazioni di efficacia, le comunicazioni, e ogni altro elemento che costituisce la “memoria” del Progetto Globale e dei Progetti Specifici. E’ non solo un modo per razionalizzare il lavoro, ma per costituire fisicamente la “banca dati” del Progetto Globale, e per rendere evidente, anche da un punto di vista organizzativo e formale, l’obbligo per tutti gli attori/soggetti coinvolti di fare confluire in un unico luogo (istituzionale e funzionale) le informazioni e gli atti legati al proprio lavoro;
5. *le sanzioni* per garantire i diritti. Questo aspetto è certamente di particolare delicatezza e complessità, ma crediamo sia legittimo da parte nostra aprire questo stringente fronte problematico; in altre parole, crediamo che sia giunto il momento di iniziare a ragionare e approfondire come, a livello regionale, il cittadino possa esercitare la difesa dei propri diritti;
6. *una condivisione del significato e delle finalità del Progetto Globale* per evitare che tutto quanto qui descritto sia vissuto in modo indifferente dai diversi attori e protagonisti che hanno ruoli e competenze (in campo sanitario, sociale, scolastico, lavorativo, ecc.) rispetto alle fasi della vita della persona con disabilità. In altre parole, per evitare che il ruolo della UMV sia visto come l’ennesimo evento burocratico, e per chiarirne la posizione “gerarchica” rispetto ai diversi organismi operanti nelle diverse competenze, servirebbe una poderosa campagna formativa/informativa che, come già detto, parli prima della *persona* e poi dei *contenitori*;
7. *risorse umane e finanziarie* in misura sufficiente per l’espletamento dei compiti d’istituto. Il Personale deve essere formato, motivato deve mettere al centro i bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie e non deve essere un nuovo contenitore per creare carriere.

I percorsi assistenziali

Partiamo dalla convinzione che solo *il servizio pubblico territoriale ha veste giuridica e competenza tecnica per svolgere una funzione più complessiva di tutela nei confronti delle persone disabili e delle loro famiglie attraverso:*

- la rilevazione dei bisogni espressi e non espressi della popolazione e la programmazione degli interventi e dei servizi da attivare;
- la definizione delle priorità nell'ambito delle risorse disponibili, di concerto ed in cooperazione con gli altri servizi aziendali, l'Ente locale, gli Enti Accreditati, le organizzazioni di familiari e di volontariato, il Terzo Settore;
- la definizione di un progetto individuale di assistenza attraverso una valutazione multidimensionale dei bisogni;
- la valutazione quali-quantitativa delle prestazioni erogate con la valorizzazione delle buone prassi.

Per l'elaborazione e l'attuazione di un piano personalizzato di assistenza sociosanitaria sono necessari i seguenti passaggi:

- processo di conoscenza reciproca tra utente ed equipe di presa in carico per favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia;
- valutazione multidimensionale e multiprofessionale relativa alle dimensioni: corporea-fisica, mentale-psichica, relazionale-sociale;
- elaborazione del progetto personalizzato con condivisione tra equipe e utenza e famiglia delle scelte sugli obiettivi, modalità e tempi di attuazione;
- valutazione degli esiti dell'intervento
- rielaborazione e aggiornamento del progetto

Le fasi che seguono espongono un percorso ottimale di presa in carico, in un quadro generale, speriamo prossimo, di completa integrazione socio-sanitaria.

Modello di percorso

1. Al momento del verificarsi dell'evento che comporta la disabilità (malattia o trauma invalidanti), la struttura ospedaliera dovrebbe essere vincolata a comunicare la diagnosi all'utente e/o alla sua famiglia e contemporaneamente al distretto sanitario territorialmente competente oltre che al pediatra o medico di medicina generale. Nelle situazioni gravi e/o complesse saranno attivate "dimissioni protette".
2. Si dovrebbe prevedere la costituzione, a livello distrettuale, di una "porta unitaria" di accoglienza ed accesso, socio-sanitaria (composta da operatori della ASL e del Municipio) che:
 - Accoglie la domanda;
 - Effettua una prima definizione del bisogno (collocandolo in una fascia di complessità assistenziale);
 - Formula una prima ipotesi di intervento inviando al servizio di presa in carico specifico in base alla patologia/bisogno prevalente dell'utente;
 - Registra i dati anagrafici dell'utente e il servizio a cui l'utente è stato assegnato, garantendo un referente di contatto distrettuale.
3. Il servizio competente per la specifica fascia di bisogno, tramite un'equipe multidisciplinare, effettua la valutazione e la concreta presa in carico globale della persona con disabilità e della sua famiglia con le modalità già descritte e con le stesse definisce un progetto personalizzato

e un programma di interventi sanitari e socio-assistenziali integrati tra loro ed individua un responsabile.

4. All'interno del rapporto di presa in carico il Servizio deve offrire all'utente una informazione ampia e dettagliata sui diritti propri e della sua famiglia (certificazione di invalidità, accertamento handicap, permessi lavorativi, contrassegno speciale per auto, contributi economici ed agevolazione fiscali, etc.).
5. L'équipe multidisciplinare di presa in carico ha titolo di attivare l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie previste nel programma d'intervento e, qualora necessario all'attuazione del progetto, accompagna l'utente presso agenzie interne ed esterne.
6. Sarà utilizzata una "cartella personale" che contenga tutti gli elementi sociali e sanitari che descrivono lo stato di salute della persona, la valutazione e il progetto personale, gli interventi realizzati e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. Tale cartella seguirà l'utente nei suoi percorsi assistenziali.
7. È compito del responsabile del progetto trasmettere alla porta unitaria d'accesso distrettuale copia del piano assistenziale individuale.
8. Nel passaggio dal Servizio per l'età evolutiva a quello per gli adulti o in altri Servizi, l'équipe della presa in carico accompagnerà l'utente e/o la sua famiglia tramite cartella personale e/o colloqui in compresenza di operatori dei Servizi coinvolti.
9. Nelle situazioni in cui sono coinvolti contemporaneamente più servizi, andranno definiti i compiti e le responsabilità di ciascuno nella realizzazione del programma assistenziale.
10. Valutazione periodica della qualità delle prestazioni e della loro efficacia ed efficienza, oltre ad una verifica della loro appropriatezza in relazione ai bisogni della persona con disabilità, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel progetto individuale. Tale verifica, effettuata dall'équipe multidisciplinare di presa in carico con la partecipazione della persona con disabilità e, se necessario, della sua famiglia, permette di rivedere periodicamente il progetto ed, eventualmente, modificarlo.

Il progetto riabilitativo individuale nelle situazioni gravi e nelle situazioni di *disabilità intellettiva e disturbo generalizzato dello sviluppo*, indipendentemente dall'età del soggetto e dalla gravità della condizione, deve essere concordato/condiviso *dall'inizio* con il servizio pubblico territoriale (TSMREE e Disabili Adulti).

I servizi territoriali devono essere messi in grado di svolgere il ruolo di referenti permanenti del percorso di vita del giovane paziente e/o adulto, di cui l'intervento riabilitativo svolto dal C.A. costituisce una specifica componente; ovvero è necessario che i servizi territoriali, - TSMREE e Disabili Adulti - al fine di garantire *la presa in carico clinica globale della persona* siano messi in grado di *predisporre il progetto riabilitativo personalizzato e garantire la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi* a cui i centri Accreditati possono concorrere.

Integrazione ospedale-territorio

All'interno del percorso assistenziale che una persona con disabilità e/o la sua famiglia si trova ad affrontare, è importante che una cura particolare venga data dai Servizi territoriali e ospedalieri alla continuità assistenziale.

Pertanto al momento del verificarsi dell'evento che comporta la disabilità (malattia o trauma invalidante), la struttura ospedaliera dovrebbe essere vincolata a comunicare la diagnosi all'utente

e/o alla sua famiglia e contemporaneamente al distretto sanitario territorialmente competente oltre che al pediatra o medico di medicina generale. Nelle situazioni gravi e/o complesse saranno attivate "dimissioni protette".

Questo permetterebbe infatti di svolgere un buon lavoro di prevenzione dal momento della nascita di una persona con disabilità in poi, sia per quanto riguarda la persona direttamente coinvolta sia per la sua famiglia:

1. renderebbe possibile un intervento precoce sulla disabilità con conseguente migliore risultato sul piano riabilitativo;
2. contribuirebbe all'eliminazione o al contenimento dei disturbi psicopatologici che spesso si innestano su una situazione di disabilità;
3. ridurrebbe il disagio psichico dei familiari, siano essi genitori o fratelli;

Questo lavoro è realizzabile con alcune condizioni:

- deve essere assunto come un proprio obiettivo dalla Direzione di ogni ASL e da tutti i Servizi coinvolti, comprendendo pure i MMG e i Pediatri di LS;
- i Servizi territoriali e quelli ospedalieri devono lavorare in stretta e piena sinergia tra di loro.

Modello di percorso

1. Al momento della nascita di un bambino con disabilità, l'ospedale o la casa di cura deve informare tempestivamente i servizi territoriali della ASL per un sostegno sociale e psicologico alla famiglia. In questa circostanza è necessario che vengano offerte tutte le informazioni utili per affrontare questa nuova situazione. I servizi territoriali cureranno poi la presa in carico della persona con la collaborazione dei servizi sociali degli EE.LL. e con i medici di base o i Pediatri di Libera scelta. A tal proposito si auspica che ogni ASL provveda a fornire l'ospedale di materiale informativo sui servizi esistenti nel territorio.
2. Si deve prevedere dei percorsi facilitati all'interno degli ospedali per le persone con disabilità, minori e adulti dando la priorità alle persone con disabilità gravissime, in modo tale che le difficoltà determinate dalla menomazione possano essere ridotte al massimo, ad es. : quando è possibile, concentrare in un'unica seduta più interventi. A volte risulta molto difficile fare anche un solo prelievo di sangue, o è necessaria un'anestesia generale per l'estrazione di un dente, in questi casi è necessario considerare delle forme di facilitazione. E' inoltre esperienza frequente delle persone con disabilità, trovare grosse difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari di base, in assenza di interventi preventivi rispetto alle patologie dell'età matura (cardiopatie, diabete, ipertensione, tumori), spesso con grave danno per la salute.
3. Individuare in ogni struttura ospedaliera un referente per le persone con disabilità che predisponga un piano d'intervento facilitato, all'interno dell'ospedale compatibile rispetto a situazioni di emergenza, per le persone disabili con l'obiettivo di:
 - ridurre i tempi d'attesa per le prestazioni (intollerabili per una persona disabile, soprattutto nelle condizioni di disabilità intellettiva o con disturbi comportamentali)
 - concentrare, possibilmente in una unica giornata, gli interventi sanitari necessari accompagnando l'utente nel percorso assistenziale
 - prevedere per i ricoveri delle persone con disabilità gravissime stanze singole predisposte per l'assistenza di un familiare o di un accompagnatore
 - garantire cure mediche adeguate e accessibili

- orientare l'utente sui servizi territoriali distrettuali per la successiva presa in carico e, nelle situazioni più gravi e complesse, predisporre la presa in carico da parte del distretto socio-sanitario di residenza.

Siamo convinti che la riforma della assistenza domiciliare possa includere almeno parte di questi elementi.

Appendice 3 – Formazione e inclusione lavorativa delle persone con disabilità

Premessa

La formazione e l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità è il compimento di un percorso complesso fatto di risposte a bisogni sanitari, di percorsi scolastici in forma integrata, che consentono lo sviluppo della personalità e l'acquisizione di competenze necessaria per l'integrazione sociale. L'analisi che segue dimostra come il sistema, particolarmente articolato, palesi alcuni elementi di criticità per i quali vengono proposte misure correttive e/o correttive.

A. La formazione professionale

La normativa di riferimento della Formazione Professionale: la Legge 845/78 e la Legge Regionale 23/92. Dal 2005 le riforme dell'istruzione, hanno introdotto modifiche soprattutto per quanto concerne l'obbligo formativo. Nello specifico per i giovani con disabilità psicofisica e disagio mentale, la F.P. è espressamente indicata come canale privilegiato nelle L. 104/99.

Nell'ambito del Comune di Roma, fin dal 1973 la F.P. si è aperta all'integrazione attivando corsi specifici ponendo al centro dell'attività professionalizzante il tirocinio in Azienda. A tutt'oggi molti giovani disabili fanno riferimento alle due istituzioni storiche che insieme riescono a coprire gran parte del territorio cittadino: il Comune di Roma con 9 centri e l'Associazione Capodarco Roma Formazione *onlus* presente con 2 centri. Negli 11 CFP sopracitati vengono accolti circa 450 ragazzi e ragazze con disabilità.

A.1. Aspetti quantitativi

Sulla base della rilevazione statistica degli allievi/e con disabilità iscritti nell'anno formativo 2010-11 presso i C.F.P. del Comune di Roma e Capodarco è possibile fare alcune considerazioni:

- i giovani con disabilità certificato rappresentano il 27% del totale degli iscritti, con una media di circa il 10% nei corsi ordinari;
- le allieve con disabilità sono il 42% ed i maschi il 58%;
- i giovani disabili, nati all'estero o di 2° generazione, rappresentano il 9% dei frequentanti;
- presso tutti gli 11 CFP sono stati avviati corsi con tirocinio specificamente rivolti a tale categoria di ragazzi. Inoltre, compatibilmente con i loro interessi e capacità si attua l'integrazione in tutti gli altri corsi (informatica, cucina, giardinaggio, parrucchiere, estetista, elettricista, turismo, ect.);
- la ripartizione fra i differenti municipi di residenza appare sufficientemente equilibrata in rapporto alle caratteristiche della popolazione residente.

A.2. Aspetti metodologici e criticità

La sperimentazione dei tirocini di lavoro è iniziata negli anni '70 per giungere oggi ad una modalità più rispondente ai bisogni formativi degli allievi/e strutturata in Percorsi Formativi Personalizzati ed articolata in fasi:

I Fase: orientamento alle professioni e prima formazione;

II Fase: acquisizione delle competenze professionali;

III Fase: approfondimenti/acquisizione delle competenze professionali specifiche;

IV Fase: consolidamento delle competenze; restituzione e accompagnamento in uscita.

All'interno di questo modello si privilegia l'alternanza aula-laboratorio-tirocinio e si individuano contenuti-guida che determinano gli strumenti operativi finalizzati alla:

- *personalizzazione* del percorso e dell'apprendimento professionalizzante;
- *sostegno* all'allievo in funzione dell'assunzione di un ruolo sociale attivo;
- *valutazione e autovalutazione* per la ridefinizione in itinere del progetto formativo.

Tale modalità, elaborata insieme dai formatori del Comune di Roma e di Capodarco, è oggi al suo quarto anno di applicazione, quindi un tempo sufficiente per rilevarne i limiti che riteniamo possono essere superati solo con una *logica di sistema*.

In prevalenza tali limitazioni non dipendono dall'efficacia ed efficienza del modello adottato, ma sono legate alla *discontinuità nella presa incarico* nei momenti cruciali dell'iter scolastico e formativo e dell'inclusione lavorativa.

L'esperienza di lavoro ha evidenziato *diverse criticità* legate alla discontinuità della presa incarico nei momenti cruciali dell'iter scolastico e formativo dei giovani disabili:

1. *La transizione dalla scuola media inferiore a quella superiore*. Un non efficace orientamento scolastico fa sì che i giovani disabili si iscrivano in grande numero agli Istituti Professionali Statali perché ritenuti più adatti per una presunta maggiore presenza, rispetto ad altri indirizzi, di attività manuali;
2. *la transizione dalla scuola superiore ai corsi di formazione professionale*, che significa l'avvio del percorso verso l'inclusione lavorativa nel quale è determinante la relazione con i centri dell'impiego;
3. *la transizione al lavoro*. Sul fronte delle assunzioni, di competenza Provinciale, significative sono state quelle di allievi/e in funzione anche del tirocinio effettuato e del collocamento mirato. Negli ultimi anni la progressiva modifica del mercato del lavoro, la precarizzazione, il blocco del *turn over* e delle assunzioni nel settore pubblico stanno chiudendo molte strade anche in questo settore, mentre sta crescendo quello della cooperazione sociale ed il ricorso alle nuove tecnologie. Bisogna tener conto delle specificità delle persone, delle loro potenzialità e bisogni, nonché delle attuali difficoltà del mercato del lavoro. E' sempre più necessario praticare differenti percorsi d'inclusione lavorativa, coniugando la finalità dell'autorealizzazione personale e sociale con un maggior grado di protezione. Al di là di quanto di competenza, nella grande maggioranza dei casi, i formatori su base volontaristica ed in ricordo col Centro per l'Impiego si fanno carico di seguire gli ex allievi/e nel loro percorso lavorativo.

B. L'inclusione lavorativa

B.1. La costruzione di un Sistema Integrato

I momenti di criticità descritti si sostanziano a loro volta in domande da parte delle famiglie a cui è necessario dare risposte. Questa si può considerare la principale criticità perché non dipende dall'efficacia della scuola o della formazione professionale o del centro dell'impiego o dei servizi sociali presi singolarmente, ma dall'insieme di queste istituzioni che dovrebbero agire in rete: *essere un sistema integrato orientato all'inclusione lavorativa nelle sue diverse forme*.

B.2. Caratteristiche del sistema integrato

1. Centralità della persona disabile e del suo cammino scolastico, formativo e di inclusione nel mondo del lavoro, per questo la centralità nella prassi del sistema corrisponde alla individualizzazione delle risposte ai bisogni;
2. flessibilità e pluralità dei percorsi educativi/formativi per rispondere in modo coerente, con le competenze e le potenzialità del giovane disabile, per il raggiungimento di un livello di inclusione lavorativa e sociale in relazione alle sue capacità e potenzialità;
3. approccio culturale e di linguaggio unitario, che si ottiene adottando la *Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità* (ICF).

B.3. Azioni del Sistema integrato

Accompagnamento alla transizione dalla scuola media inferiore a quella superiore

Questa azione è la porta *d'accesso* al Sistema integrato. Sono percorsi di Orientamento all'inizio della III Media inferiore e dovrebbe proseguire attraverso un monitoraggio all'interno del biennio Scuola Media Superiore e particolarmente negli Istituti Professionali di Stato per l'Industria e l'Artigianato e d'Arte. con un progetto formativo individualizzato, condiviso con la famiglia, in cui sono esplicitate le competenze acquisite e i percorsi di studio più idonei alle potenzialità e alle competenze dell'allievo.

Come si possono realizzare

Attraverso un accordo di programma territoriale come previsto dalla 104/92 - art.13 - dall'intesa Stato Regione del 20 marzo 2008 e dall'art. 3 della legge 328/2000.

Accompagnamento alla transizione dalla scuola superiore ai corsi di formazione professionale

Percorsi Formativi Misti in cui si può prevedere una modalità di alternanza scuola/formazione professionale e/o scuola/lavoro all'interno dei POF di Istituto. In questi percorsi gli alunni con disabilità hanno la possibilità di frequentare *in orario scolastico* un Corso di Formazione Professionale (CFP) e/o un ente, privato o pubblico, per svolgere delle attività di formazione e pre-avviamento al lavoro. La scelta del percorso dipende dal PEI elaborato dalla scuola e dai Servizi Sanitari e Sociali.

Si tratta di percorsi con un forte valore *di orientamento al lavoro e di prima formazione ed hanno la funzione di ponte*, se attivati al II e III anno della scuola Superiore, verso la F.P oppure verso il biennio scuola media superiore. Il valore orientativo/formativo di questi percorsi formativi misti è fondamentale per "ipotizzare" / prevedere, insieme alla famiglia, quale sia il percorso educativo/formativo a lui più adatto e che lo accompagna verso l'inserimento nel mondo del lavoro.

Come si possono realizzare

Attraverso l'utilizzo delle opportunità offerte dalla normativa vigente: L. 104/92 art. 13; L.196/97 artt. 16 e 18 (Pacchetto Teu); DPR 275/99 artt. 11 e 12 (*Norme per l'autonomia scolastica*); L. 144/99 art. 68; (*Obbligo di frequenza di attività formative*). art. 4 della Riforma scolastica Moratti del 2003.

Da questo punto di vista, curiosità, apprezzamento ed aspettative positive ha generato l'avvio del "Programma RETIS" già citato in questo documento.

Appendice 4 - Disagio mentale: 4 temi importanti

1° tema: prevenzione e lotta allo stigma

La prevenzione dei disturbi psichici e la lotta allo stigma sociale costituiscono obiettivi primari nell'ambito sanitario la cui realizzazione è affidata ai Dipartimento di Salute Mentale ma l'attuale strutturazione "visibilmente sanitaria" (dal luogo di accoglienza, al tipo di approccio), non favorisce l'accessibilità ai servizi. I disturbi mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati, sia per il costante aumento dei soggetti colpiti, sia perché si accompagnano ad un elevato carico di disabilità, a importanti costi economici e sociali che pesano sui pazienti, sulle loro famiglie e sulla collettività.

In virtù di quanto definito dall'OMS, prioritaria non è tanto l'individuazione dei trattamenti per le patologie psichiatriche, quanto l'attuazione di interventi finalizzati a:

- aumentare la diffusione e l'accessibilità dei trattamenti efficaci disponibili. Inoltre studi recenti hanno mostrato come i fattori critici più importanti nel determinare l'evoluzione della malattia siano:
- l'individuazione precoce degli "stati mentali a rischio" da considerare come fattore di rischio per lo sviluppo delle psicosi, su cui è possibile intervenire per contrastarne l'evoluzione verso uno stato psicopatologico strutturato;
- l'intervallo fra l'esordio dei sintomi e l'inizio del trattamento, la maggior lunghezza di quest'arco temporale si correla con un processo di guarigione più lento e incompleto, livelli di disabilità più alti, e maggiori costi sanitari collegati ad un maggior utilizzo dei servizi, sociali collegati alla minor autonomia.
- contrastare gli effetti dell'esclusione sociale dovuta allo stigma e alla discriminazione nell'accesso alle opportunità offerte agli altri cittadini.

E' ormai comunemente riconosciuto come la stigmatizzazione e la discriminazione derivanti dalla malattia mentale siano fra le principali cause che ostacolano una tutela della salute mentale di qualità adeguata.

Un approccio preventivo alla salute mentale appare in grado di influenzare questi elementi, modificando lo stigma che accompagna la persona che soffre di un disturbo psichico, i suoi familiari e i servizi che se ne occupano, attraverso una maggior informazione sulle malattie e i servizi, incidendo sulle opinioni e i pregiudizi. Tale approccio non può prescindere da una particolare attenzione alla popolazione giovanile.

2° Tema: residenzialità e supporto all'abitare

L'abitare costituisce in primo luogo la conquista di un diritto di cittadinanza e completa il processo di riacquisizione dell'identità della persona compromessa dalla patologia psichiatrica, una piena autonomia della propria vita, riconoscendogli pari opportunità.

Aiutare e sostenere una persona con disagio mentale nell'abitare la casa riduce i costi sociali, ma soprattutto ne aumenta la possibilità di sviluppare le capacità personali e l'autonomia, vivendo in un contesto che gli consente di stabilire rapporti sociali, di mantenere rapporti stabili ed avere accesso ai beni e servizi che la comunità di appartenenza offre. Il percorso di restituzione sociale è un lungo processo che si attua in diverse fasi e con diverse modalità, di cui l'abitare la casa ed il territorio sono aspetti centrali.

A tal fine l'Amministrazione Comunale in collaborazione con i DSM cittadini ha contribuito a realizzare progetti integrati di "residenzialità" per favorire il pieno reinserimento sociale dei cittadini con disagio mentale in carico ai Centri di Salute Mentale.

I progetti coinvolgono persone con disagio mentale che hanno raggiunto un sufficiente grado di autonomia e che hanno una discreta possibilità di sperimentarsi in ambiti di vita normali.

Si possono distinguere due tipologie dell'abitare:

- *Personalizzate*: appartamenti di civile abitazione che ospitano cittadini che hanno seguito percorsi riabilitativi con esito positivo, per i quali si può prevedere un intervento per fasce orarie per il sostegno e il supporto alla gestione della vita quotidiana da parte di figure professionali con funzioni socio-assistenziali.
- *Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria* (ex gruppi-appartamento) destinate ad utenti la cui patologia risulta stabilizzata e con un sufficiente livello di autonomia, tale da richiedere un intervento per fasce orarie per il sostegno e il supporto alla gestione della vita quotidiana da parte di figure professionali con funzioni socio-riabilitative.

Occorre comunque evidenziare che:

- la difficoltà di dimissioni dalle strutture residenziali ha determinato in passato la complessità del proseguimento del percorso da terapeutico a socio riabilitativo ed educativo e il rallentamento nel "ricambio" dei pazienti. In tal senso la risorsa – struttura residenziale socio sanitaria è stata spesso poco fruibile, accentuando la criticità di una permanenza "impropria" rispetto al processo di riabilitazione ormai raggiunto dal paziente, a causa della carenza di risorse alloggiative diversificate;
- la difficoltà di continuità di cura e di riabilitazione socio sanitaria per i pazienti che presentano comportamenti di ritiro sociale, nelle situazioni ove sia stata più evidente l'assenza o la carenza di servizi alla persona socio sanitari ed educativi in grado la funzione di mediazione tra la persona e il proprio contesto di vita;
- vanno anche posti nel giusto risalto molteplici episodi di sinergia tra i diversi attori, che hanno permesso di sviluppare interventi integrati, flessibili e differenziati, come risposta ai bisogni complessi ed articolati delle persona, favorendone la permanenza nel proprio contesto sociale e promuovendo percorsi mirati all'autonomia. Queste esperienze, nate da progetti d'intervento promossi dal DSM insieme a Municipi e terzo settore, hanno offerto soluzioni concrete alle richieste di persone con problematiche psichiatriche che necessitavano di una rete di protezione sociale a garanzia della continuità del percorso socio riabilitativo e di sostegno alla famiglia rispetto alla gestione della malattia psichiatrica.

3° Tema: percorsi all'autonomia

All'interno di alcuni ai servizi già strutturati e gestiti dal DSM, in collaborazione con i servizi sociali municipali di Roma Capitale e il privato sociale (attività ricreative culturali e formative presso i centri diurni, soggiorni estivi, ecc.), sono presenti alcune esperienze di servizi integrati alla persona con disagio psichiatrico e di supporto alle famiglie, avviati all'interno dei Municipi mediante la realizzazione dei Piani di Zona:

I progetti nascono dall'esigenza di rispondere a bisogni complessi ed articolati di diversi tipi di pazienti (giovane adulto, persone adulte con grave isolamento sociale, persona in nuclei familiari fragili).

I risultati di queste esperienze sono estremamente interessanti e confermano ancora di più la necessità che implementare le diverse forme diversificate di servizi di prossimità le quali in una logica di attenzione dei bisogni alla persona, in stretto contatto con l'equipe di riferimento, hanno favorito la relazione con i pazienti, e in molti casi gli operatori domiciliari sono riusciti ad attivare tutta una serie di risorse che hanno permesso un percorso evolutivo della situazione.

In un'ottica in cui in maniera privilegiata viene dato spazio alla flessibilità dell'intervento, questi progetti prevedono il supporto ai percorsi all'autonomia nel contesto naturale di vita attraverso l'incentivazione di servizi domiciliari che in sintesi realizzano:

- interventi sistematici di vigilanza/controllo sulla cura;
- supporto socio/assistenziale per gli atti quotidiani della vita (spesa e preparazione pasti, controlli medici, espletamento pratiche burocratiche accompagnamento per controlli medici periodici);
- supporto socio/educativo all'interno di percorsi mirati all'autonomia (progetti formativi anche propedeutici ad esperienze lavorative, ecc.).

L'obiettivo è l'attivazione ed implementazioni di forme diversificate, flessibili e di integrate di servizi alle persona all'interno di una rete socio sanitaria per il supporto all'abitare, e per i percorsi all'autonomia in ogni sua declinazione e specificità.

4° Tema: l'inclusione lavorativa

Il tema dell'inclusione lavorativa delle persone con sofferenza mentale presenta una estrema complessità sotto numerosi punti di vista. A partire dalla stessa terminologia si riscontrano spesso confusioni ad esempio tra le assunzioni vere e proprie ed altre azioni quali tirocini formativi, borse lavoro, ecc. che, pur fondamentali in termini evolutivi sotto numerosi punti di vista, storicamente costituiscono la fetta maggiormente consistente (circa l'80%) di quanto viene attivato.

Secondo dati (che pur non è semplice reperire) sembrerebbe che la percentuale di persone in condizione non occupazionale nella popolazione dei servizi di salute mentale sia più che doppia rispetto a quella della popolazione generale, supererebbe infatti il 70% e addirittura oltrepasserebbe il 90% se riferita alle persone che frequentano i circuiti riabilitativi (strutture residenziali e centri diurni)⁵.

Di fronte ad un quadro di questo genere, pur essendo legittime posizioni e letture interpretative di più varia natura (anche quelle a maggiore tasso di pregiudizio, tipo: "le persone con sofferenza mentale non sono in grado di lavorare", devono essere "lasciate in pace" con la loro "vena artistica", ecc.), alcuni dati di fatto appaiono incontrovertibili. Ad esempio:

- le dimensioni dell'esclusione sono da vera e propria "emergenza sociale" e di fronte ad essa le istituzioni (e tutti coloro che hanno a che fare con la materia) hanno il dovere di prenderne atto e di farci i conti;
- gli strumenti e le strategie messi in campo fino ad oggi appaiono palesemente insufficienti e forse talvolta inadeguati.

E' evidente che stante una situazione con questi contorni e dimensioni non è possibile affermare che nella città di Roma non siano stati ottenuti alcuni risultati positivi, grazie all'impegno delle Pubbliche Amministrazioni e dei diversi soggetti coinvolti (con particolare riferimento al ruolo svolto dal Comune di Roma, dalle Consulte e dalla Cooperazione sociale integrata).

Non poco ad esempio è stato ed è condotto sull'uso delle provvidenze economiche sotto forma di tirocini formativi presso soggetti privati (in particolare presso cooperative) e pubblici. Al riguardo, secondo i dati raccolti dall'Isfol, sembrerebbe riscontrarsi a livello regionale, tra il 2005 ed il 2007, un trend abbastanza stabile dal punto di vista numerico, con circa 450 persone coinvolte ogni anno⁶. Così come sono state avviate sperimentazioni e realizzate assunzioni di pazienti psi-

⁵ Cfr. Regione Lazio - Assessorato alla Sanità "Atti della 1° Conferenza regionale per la salute mentale", Edizioni Grafiche Manfredi, Roma luglio 2009.

⁶ Cfr. "Quando la diversità è valore", Isfol, 2008.

chiatrici nelle Asl (sulla base di un protocollo promosso dall'Aresam) per assolvere agli obblighi dettati dalla legge 68/99.

Nel corso degli ultimi anni, inoltre, sono nate e si sono consolidate alcune esperienze di impresa sociale che hanno avviato percorsi di inclusione socio-lavorativa che coinvolgono centinaia di persone con sofferenza mentale. La gran parte di tali esperienze (se non la totalità) sono maturate all'interno del circuito dei Centri Diurni ed attraverso un ruolo decisivo svolto dalla Amministrazione Comunale che ha fatto da catalizzatore in un meccanismo esemplare di integrazione tra soggetti (Ente locale, ASL, cooperazione sociale, associazioni) e tra processi (cura, riabilitazione, riproduzione sociale, formazione, produzione).

Aldilà degli inserimenti lavorativi, in sostanza, questa impostazione ha consentito di conseguire ulteriori obiettivi significativi quali: diminuzione del carico familiare, affermazione di un approccio complesso di presa in carico, lotta allo stigma, attenzione alla qualità del lavoro, ecc. e tutto ciò, almeno dal punto di vista "culturale", rappresenta la testimonianza che "si può fare" e costituisce una sorta di modello da diffondere e consolidare.

L'istituzione di un servizio dedicato – come, ad esempio, il S.I.L. (servizio per l'inclusione lavorativa) (unico per disabilità e disagio mentale) – , magari all'interno del Programma RETIS, potrebbe facilitare l'avvio di percorsi personalizzati a cura di una équipe multidisciplinare, gestendo, partecipando e favorendo:

- percorsi differenziati di orientamento e forme di inserimento per persone con disagio mentale;
- potenziamento dell'offerta formativa in contesti protetti con il supporto di un servizio di tutoraggio e con accessibilità alle nuove tecnologie;
- "patto di solidarietà" per chi non è in grado di sostenere un inserimento lavorativo tradizionale;
- attuazione della Delibera di "riserva" di almeno il 5% delle forniture di beni e servizi alle cooperative sociali di tipo B;
- attuazione del piano d'azione integrato tra i Dipartimenti servizi sociali, formazione e lavoro sull'inserimento lavorativo di persone con disagio mentale;
- la nascita di imprese sociali integrate (fattorie sociali a valenza riabilitativa e inclusiva, laboratori artigiani integrati, cooperative sociali integrate tipo B, ecc.).

I risultati attesi sono:

- l'ottimizzazione ed un utilizzo più flessibile delle risorse ma specifiche che generiche messe in campo sia a livello municipale che a livello cittadino per l'avvio di percorsi;
- formativi e lavorativi personalizzati con una conseguente ricaduta positiva sia sull'aumento dei fruitori che sulla qualità del piano d'intervento individuale;
- la circolarità di informazioni rispetto al panorama dell'offerta formativa e lavorativa di riferimento;
- l'avvio di una collaborazione più strutturata con il sistema produttivo (non profit e profit) e l'aumento di assunzioni.

Fondamentale è che il DSM investa rispetto ad una partecipazione attiva per l'implementazione la sistematizzazione di progetti formativi/lavorativi dei pazienti con disabilità psichiatrica, come strumento di un percorso più ampio di tutela e promozione della salute, ed in rete all'interno di un sistema territoriale locale più ampio finalizzato all'inserimento lavorativo e formalizzato con protocolli d'intesa ed operativi.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 4
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Famiglia e minori”
Oltre l'emergenza

SOMMARIO

PREMESSA.....	3
INTRODUZIONE.....	4
<i>Le famiglie a Roma.....</i>	<i>4</i>
<i>Le nuove generazioni.....</i>	<i>5</i>
LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	6
<i>Le norme per la famiglia.....</i>	<i>6</i>
<i>Le norme per i minori di età.....</i>	<i>6</i>
I DATI DEMOGRAFICI.....	8
<i>La popolazione residente.....</i>	<i>8</i>
<i>Le famiglie.....</i>	<i>8</i>
<i>Le famiglie straniere.....</i>	<i>10</i>
<i>I minori di età.....</i>	<i>10</i>
I SERVIZI SOCIALI PER I MINORI E LE FAMIGLIE.....	12
<i>Il funzionamento del sistema.....</i>	<i>12</i>
<i>I minori sottoposti a procedimento penale.....</i>	<i>13</i>
<i>La spesa.....</i>	<i>14</i>
UN NUOVO PIANO DELLA LEGGE 285.....	16
<i>I Piani di intervento previsti dalla legge 285/97.....</i>	<i>16</i>
<i>La realizzazione dei progetti.....</i>	<i>16</i>
INDICAZIONI PER I SERVIZI ALLE FAMIGLIE ED AI MINORI.....	18

PREMESSA

Questo testo, che riguarda il tema della famiglia, dell'infanzia e dell'adolescenza, deriva dal lavoro svolto dal gruppo di lavoro organizzato dalla Commissione per il nuovo Piano Regolatore Sociale di Roma Capitale.

Nel processo di lavoro sono stati coinvolti molti esponenti della società civile che, a titolo personale o in rappresentanza degli enti di appartenenza, pubblici e privati, hanno contribuito in modo propositivo e determinante.

In particolare, è risultato prezioso il contributo reso dai partecipanti al Forum tematico che, attraverso 5 incontri realizzati in forma plenaria, circa 50 interventi orali e 25 contributi scritti, ha determinato l'affinamento e l'arricchimento del documento, a partire dalle proposte iniziali.

Il testo contiene informazioni e dati sulla popolazione di riferimento, sulla specifica normativa, sul panorama generale dei servizi e degli interventi sociali promossi dall'Amministrazione Capitolina e, naturalmente, le proposte migliorative del sistema per i prossimi anni.

Il gruppo è stato coordinato da Diego Rubbi, con la collaborazione di Clio Marco Veronesi. Martino Rebonato ha rivisto il testo finale, prima dell'attività di sintesi.

INTRODUZIONE

Le famiglie a Roma

Nel territorio di Roma Capitale vivono circa 1.300.000 famiglie, per una popolazione complessiva di circa 2.800.000 persone; Il numero delle famiglie è in crescita, ma si sta riducendo il numero medio dei loro componenti.

Riconoscendo l'importanza della famiglia come nucleo aggregativo fondamentale per la società (articoli 29, 30 e 31 della Carta Costituzionale), il nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma si sofferma sullo studio di obiettivi, tempi, metodologie e azioni finalizzate alla prevenzione del disagio, in una strategia di superamento dell'approccio emergenziale e puramente assistenziale.

La famiglia, se accompagnata da adeguate politiche di sostegno, può donare alla società persone sane, in grado di partecipare alla vita sociale in modo consapevole, con senso di responsabilità e spirito di collaborazione.

Il principio ispiratore del presente documento è il protagonismo della famiglia quale perno attorno a cui articolare le politiche sociali e l'ipotesi che viene delineata è quella di un sistema di interventi che non si esaurisca nella rispondenza a singole necessità o a situazioni di emergenza assistenziale, ma coinvolga attivamente la famiglia nei diversi ambiti della vita quotidiana: nel rapporto tra vita familiare e lavoro, nella conciliazione tra esigenze di cura e di tempo libero, nell'esercizio dei compiti genitoriali, nella vita sociale e associativa, anche attraverso la promozione di reti tra famiglie.

I dati statistici sulle famiglie nel Comune di Roma hanno registrato, negli ultimi anni una sensibile trasformazione della struttura familiare: sono diminuite sensibilmente le famiglie "tradizionali" con genitori e figli, mentre sono aumentate in pari misura le famiglie con un solo componente. Nello specifico i dati evidenziano due tendenze:

- da un lato, la forte crescita delle famiglie composte da anziani soli, per i quali è necessario ricostruire una rete sociale e parentale capace di prevenire i sempre più frequenti casi di isolamento e di delega delle responsabilità di cura a soggetti spesso legati solo marginalmente alla famiglia di riferimento;
- dall'altro, la crescente difficoltà di formazione di nuove famiglie da parte delle giovani coppie e la preoccupante fragilità dei matrimoni, che può comportare l'insorgenza di stati di disagio di diversa natura, con la conseguente necessità di interventi di prevenzione e sostegno.

Il presente documento vuole suggerire una strategia politica propositiva, di promozione sociale della famiglia, che includa tutti i soggetti che ne fanno parte, restituendole la centralità che merita; si tratta di conciliare la necessaria attenzione per le problematiche quotidiane delle famiglie con un'impostazione culturale capace di restituire la fiducia nell'istituto familiare, che rischia seriamente di scolorire anche a causa di un lungo periodo di disinteresse da parte della politica.

Le risposte fornite dalle istituzioni e dal mondo dei servizi spesso non sono adeguate perché assumono la famiglia non come soggetto sociale con diritti di cittadinanza, ma come una semplice somma di persone. A questo occorre aggiungere che molti diritti sociali della famiglia risultano disattesi per l'insufficienza della rete dei servizi e delle prestazioni, per scarsa conoscenza da parte dei soggetti, per le complessità burocratiche che si incontrano.

Le nuove generazioni

Le tematiche riguardanti i minori sono strettamente associate a quelle del nucleo familiare di riferimento. Come è stato sottolineato, infatti, nella Conferenza Nazionale sull'Infanzia tenutasi nel 2010 a Napoli, è fondamentale "costruire un sistema di welfare che riconosca e promuova realmente i diritti dell'infanzia, dell'adolescenza e del suo principale contesto di crescita e sviluppo: la famiglia".

Pur preservando le peculiarità dell'azione loro rivolta, è stata ritenuta utile la riunione di questi due ambiti di intervento in un unico gruppo di lavoro causa dell'inscindibilità ed interdipendenza delle due tematiche. La rilevanza primaria data alla prevenzione e alle politiche di incentivo alla solidità del nucleo familiare non metterà naturalmente in secondo piano l'esigenza di opportuni interventi specifici, per ridurre l'incidenza del disagio dovuto a situazioni di emergenza e marginalità sociale, legate ad esempio all'accoglienza e alla presa in carico dei minori privi di un valido sostegno familiare, alla criminalità minorile e alla violenza all'interno della famiglia.

A Roma risiedono quasi 450.000 persone minori di età (156 minori ogni 1000 residenti), un numero che negli ultimi anni è aumentato leggermente, soprattutto per l'aumento dei minori stranieri (più che raddoppiati e passati dal 5,2% di tutti i minori nel 2000 al 10,1% nel 2008), mentre quelli italiani nello stesso periodo sono lievemente diminuiti.

La maggior parte di questi bambini e ragazzi vive in condizioni di normalità, senza particolari problemi. Per coloro che si trovano in situazioni di disagio e di fragilità, il sistema pubblico di assistenza sociale prevede una serie molto ampia di interventi e servizi. Le 19 Unità di servizio sociale attive nei Municipi offrono ben 15 tipologie di intervento, mentre a livello centrale il Dipartimento promozione dei servizi sociali e della salute ne prevede 11.

Ogni anno sono accolti nelle strutture residenziali circa 1500 minori e 230 nuclei madre-bambino, mentre a domicilio sono assistiti circa 650 minori. Oltre 7500 minori frequentano i centri diurni e altri 3000 i centri estivi. 1100 minori sono sottoposti a tutela pubblica, sono erogati quasi 6000 sussidi economici e 2500 alunni con disabilità sono assistiti nelle scuole. Oltre 350 bambini sono accolti da famiglie o singoli in affidamento extrafamiliare. Complessivamente, il 5% dei minori residenti a Roma beneficia direttamente di uno o più di questi servizi.

Per il funzionamento di questo complesso sistema, Roma Capitale spende ogni anno circa 70 milioni di Euro (senza contare il personale e le strutture comunali). Oltre la metà della spesa va in rette per le strutture residenziali e per l'assistenza scolastica di alunni con disabilità; 10 milioni di Euro sono spesi per contributi economici e quasi altrettanto per interventi in attuazione della legge 285/97. Il 70% di queste risorse è gestito dai Municipi, mentre il Dipartimento per le Politiche sociali amministra il restante 30%.

Le pagine che seguono offrono un primo quadro di riferimento per comprendere il "pianeta infanzia e adolescenza" a Roma¹. Una "fotografia" da cui è partito il Forum che si è tenuto fra novembre 2010 e febbraio 2011 per poter formulare le ipotesi relative al nuovo PRS.

¹ In questa sezione non si affronta il tema dei minori stranieri non accompagnati, per il quale si rimanda al capitolo dedicato ai migranti, né quelli relativi alla condizione dei nomadi e della tossicodipendenza, oggetto di altre sezioni.

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Le norme per la famiglia

La normativa attuale sulla famiglia fa riferimento sia alla legge 898/70 che disciplina i casi di scioglimento del matrimonio, sia alla legge 151/75, che riforma in modo sostanziale il diritto di famiglia, eliminando, tra l'altro, il concetto di patria potestà sui figli, per introdurre la potestà genitoriale, che riconosce alla donna parità di diritti e doveri nelle responsabilità di protezione, cura ed educazione dei figli.

Sempre nel 1975 venivano istituiti i consultori familiari (legge 405/75). Nel Lazio, sono stati avviati con la legge regionale 15/76, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari. Inizialmente le attività dei consultori familiari erano molteplici e comprendevano - oltre al sostegno medico e psicologico - azioni di tipo orientativo, formativo e sociale. In realtà, i consultori familiari con il tempo hanno assunto un profilo organizzativo e funzionale che non permette di svolgere tutti i compiti previsti dalla legge, ma hanno accentuato la dimensione sanitaria, a discapito di un approccio più sociale e globale della persona e delle sue relazioni intrafamiliari.

Tra il 1975 e il 2000, se si escludono le norme relative alla parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro (legge 903/77 e Decreto legislativo 645/96) o la costituzione dell'Osservatorio sulla famiglia (legge 4000/88), la famiglia dal punto di vista normativo è praticamente dimenticata.

A partire dalla fine degli anni Novanta, il tema della famiglia ritorna al centro del dibattito politico e le norme relative si moltiplicano. Ne è un esempio la legge 53/00 che detta disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città. Di questi e altri temi tratta anche la legge quadro sui servizi sociali, dello stesso anno (legge 328/00, in particolare l'articolo 16 *Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*).

Ulteriori norme integrano e modificano, poco dopo, la legge 53 (decreti legislativi 151/01 e 115/03 e legge 289/03). Nel 2001 viene approvata la legge 154/01 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari) e due anni dopo il decreto legislativo 73/03 in materia di provvidenze per i nuclei familiari con almeno tre figli minori e per la maternità. Un certo rilievo assumono poi le leggi 54/06 e 55/06 che dettano norme in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, modificando in tal senso il codice civile (patto di famiglia).

Nel Lazio, il principale riferimento normativo su questo tema è dato dalla legge regionale n. 32/2001 (Interventi a sostegno della famiglia).

Le norme per i minori di età

L'attuale sistema dei servizi sociali per l'infanzia e l'adolescenza è il prodotto di un'evoluzione culturale complessa che, a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, ha dato avvio a un importante percorso normativo, di ordine internazionale e nazionale, finalizzato a disciplinare alcuni aspetti della vita familiare e soprattutto a riconoscere e tutelare i diritti dei minori. Tale processo ha impresso cambiamenti significativi nella programmazione e nell'organizzazione sociale dei servizi socio-assistenziali.

Ripercorrendo brevemente le principali tappe di questo percorso, tra la seconda metà degli anni Settanta e gli anni Ottanta, almeno tre leggi si distinguono in tale senso:

- ✓ la Legge n. 39 del 1975, che attribuisce la maggiore età ai cittadini che hanno compiuto il diciottesimo anno;

- ✓ la Legge 184 del 1983 che sancendo il diritto del minore a vivere in famiglia, disciplina l'adozione e l'affidamento²;
- ✓ i Decreti del Presidente della Repubblica 448 e 449 del 1988 relativi al processo penale a carico dei minorenni.

Sul piano normativo, dunque, in questi anni molteplici interventi si rivolgono alla famiglia e comincia a prendere forma un'attenzione specifica verso l'universo minorile. Attenzione che troverà un ampio sviluppo soprattutto nel decennio successivo. Infatti, gli anni Novanta si caratterizzano per una ricca produzione legislativa diretta a realizzare una tutela sempre più efficace dei diritti dei minori.

In particolare, una pietra miliare è costituita dalla Legge 176 del 1991 che ratifica la Convenzione Onu sui diritti del fanciullo e la Legge 285 del 1997 "*Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*", che ha creato le condizioni operative per dare attuazione concreta ai principi della Convenzione ONU.

Quest'ultima legge è importante anche perché ha aperto un nuovo approccio nelle politiche socio-educative in Italia, superando la tradizionale ottica assistenzialistica e riparatoria nei confronti dei minori, che non sono più visti semplicemente come destinatari degli interventi, ma anche come cittadini protagonisti della promozione del proprio benessere.

Uno degli aspetti più apprezzabili della legge 285/97 consiste nella sua concretezza, dal momento che prevede l'istituzione di un Fondo Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, finalizzato alla promozione di servizi e interventi di prevenzione e contrasto del disagio e di miglioramento della qualità della vita. L'effetto principale di questo provvedimento è stato, negli anni successivi, la crescita in tutta Italia di molteplici iniziative finalizzate a promuovere i diritti dei minori.

Un'altra determinate spinta in questa direzione è riconducibile alla Legge 451 del 1997, che ha istituito la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'Osservatorio nazionale per l'infanzia impegnato, ogni due anni, nella elaborazione di un Piano nazionale degli interventi per i soggetti in età evolutiva. Tale clima culturale si è esteso fino alla legge di riforma dell'assistenza sociale, la Legge 328 del 2000, che disegna per la prima volta in Italia un quadro normativo organico per la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali, che comprende anche tutti gli interventi sociali in favore delle persone minori di età.

La Legge 328/2000 prevede, tra l'altro, un sensibile rafforzamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, istituito nel 1998, nel quale andranno a confluire successivamente anche i finanziamenti previsti dalla Legge 285 (ad eccezione di quelli diretti alle 15 "Città riservatarie").

Negli anni successivi la produzione normativa si concentra sulla riforma dell'adozione, che sancisce tra l'altro il superamento degli istituti assistenziali (Legge 149 del 2001) ma soprattutto sul tema della prevenzione e del contrasto della violenza e degli abusi sui minori.

Questo problema era già stato affrontato con la Legge 269 del 1998 (*Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù*), con la Legge 154 del 2001 sulla violenza nelle relazioni familiari, la Legge 228 del 2003, che contiene alcune misure contro la tratta delle persone, e infine, con la recente Legge 38 del 2006, che promuove azioni di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia.

Si tratta di misure che confermano l'urgenza di intervenire in un ambito del disagio minorile che assume negli anni dimensioni sempre più ampie e preoccupanti, anche in virtù dei processi della globalizzazione.

² Successivamente modificata con l. 149/2001.

I DATI DEMOGRAFICI

La popolazione residente

Negli ultimi cinquanta anni la popolazione romana ha registrato profonde dinamiche di mutamento che hanno radicalmente inciso sulla sua struttura. Dal punto di vista demografico, le grandi trasformazioni che l'hanno interessata sono note:

- *caduta della natalità e della fecondità;*
- *invecchiamento della popolazione;*
- *affermazione di nuovi modelli di costituzione delle coppie e delle famiglie;*
- *crescita degli immigrati;*
- *diverso ruolo della popolazione femminile.*

A Roma, nell'intervallo censuario si è assistito a una decrescita significativa della popolazione residente, che solo negli ultimi anni ha visto saldi positivi, favoriti più dalle dinamiche migratorie che dal movimento naturale della popolazione.

Le famiglie

In virtù della struttura della spesa sociale del welfare nazionale e di altri fattori strutturali, alcune unità familiari a parità di estrazione sociale presentano una maggiore esposizione al rischio di povertà di altre unità familiari. In particolare:

- i nuclei familiari monogenitoriali con a capo una madre *single*, vista la peggiore posizione salariale e contrattuale delle donne nel mercato del lavoro;
- le famiglie numerose perché ogni figlio è una spesa aggiuntiva che può pesare molto sui redditi più bassi e non fa beneficiare di alcun significativo sgravio economico;
- le famiglie composte da anziani soli (ed in particolar modo quelli semi o non-autosufficienti) perché se incapaci di acquistare sul mercato o di usufruire dei servizi che agevolino la loro condizione, non vi è una rete familiare;
- infine i minori soli che non essendo ancora in grado di auto sostegno con un proprio reddito sono dipendenti dall'intervento dei servizi sociali.

Come quadro di riferimento generale riportiamo alcune delle informazioni più rilevanti sulla struttura e sulla evoluzione delle famiglie così come emergono dall'analisi dei dati di fonte anagrafica. Per una comprensione il meno equivoca possibile del termine "famiglia", si fa riferimento alla definizione adottata dall'Istat, che non coincide (è infatti più ampia) con le definizioni della legislazione italiana, che non risente ancora delle trasformazioni avvenute negli ultimi 30 anni.

L'Istat definisce come famiglia: *"l'insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune (anche se non sono ancora iscritte nell'anagrafe della popolazione residente del comune medesimo). Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona. L'assente temporaneo non cessa di appartenere alla propria famiglia sia che si trovi presso altro alloggio (o convivenza) dello stesso comune, sia che si trovi in un altro comune. La definizione di famiglia adottata per il censimento è quella contenuta nel regolamento anagrafico"* (Glossario Istat).

Ad oggi la famiglia ed il modello di riproduzione della nostra società stanno partecipando alle molte transizioni che coinvolgono la realtà contemporanea. Molti aspetti che fino alla fine degli anni '70 determinavano il consolidamento di un modello familiare basato su di un capofamiglia, maschio e occupato a tempo indeterminato, non esistono più ed il modello familiare stesso subisce una pressione evolutiva che lo spinge verso altre possibilità di costruzione dei rapporti familiari e verso

altre forme di composizione familiare sempre meno eccezionali nel panorama delle esperienze.

La famiglia "tipo" quindi si evolve vedendo, a fronte di un aumento della capacità reddituale della coppia e non più del singolo, diminuire il numero dei suoi componenti e la possibilità di contatti prolungati e costanti tra le generazioni. Inoltre, in seguito alle spinte esercitate dal mercato del lavoro e dai cambiamenti culturali propri della nostra epoca, accanto alla famiglia tipo si presentano nuove tipologie di aggregazioni familiari, sempre meno minoritarie. Da queste situazioni emergono spesso nuclei monogenitoriali (quasi sempre femminile) con un reddito instabile e significative pressioni emotive sull'età evolutiva dei minori.

Le modifiche di cui parliamo hanno peraltro accentuato, quando non direttamente causato, una intrinseca fragilità della famiglia intesa sia come istituto base della società, sia come luogo di affetti e condivisione di un progetto di vita. Da qui la necessità di interventi concreti volti alla sua stabilizzazione, come anche alla nascita di nuove famiglie.

Le persone sole sono ormai più di un terzo delle famiglie romane, 565.939, il 35,47% dei quali sono anziani, e sono in costante crescita. I Municipi con il maggior numero di famiglie anziane sono il II, VI, IX, XVI dove si registrano le percentuali più alte di famiglie con persone maggiori di 80 anni.

Un altro indicatore dell'invecchiamento delle famiglie romane è la scarsa presenza di minori: mediamente solo due famiglie su dieci hanno al proprio interno un minore. I Municipi al di sopra della media sono l'VIII e il XIII, che negli ultimi 20 anni hanno registrato saldi demografici positivi con alti tassi di natalità, in parte sostenuti dalle donne immigrate, anche se meno rispetto ad altri Municipi di Roma. Va peraltro detto che la composizione demografica dei municipi romani è in continua evoluzione non solo grazie alla presenza di cittadini stranieri, ma anche a causa di piani urbanistici che hanno comportato la costruzione di interi nuovi quartieri intorno all'asse viario costituito dal Grande Raccordo Anulare. Una conseguenza delle citate strategie di espansione della città è il fatto che la periferia viene scelta sempre più dalle giovani coppie, nella ricerca di una casa ad affitti calibrati al costo della vita.

Le famiglie numerose di 5 componenti e più sono il 3,72% (49.252), mentre quelle estese che corrispondono a quelle tipologie familiari all'interno delle quali si individuano persone conviventi con altri ne' coniugi ne' figli, coniugi con altri non figli, genitore maschio con figli e altro, genitore femmina con figli e altro, nonché altre tipologie di famiglie, rappresentano il 7,55% delle famiglie (99.945).

Complessivamente si stimano 600.916 *nuclei familiari*, cioè coppie con figli o senza o nuclei monogenitore. Il 26,37% è rappresentato da coniugi senza figli, il 44,82% da coppie con figli e il 28,81 da nuclei monogenitore. I nuclei monogenitore risultano di poco inferiori alle 210.000 unità. La maggioranza dei genitori soli è rappresentata da donne (75,8%).

I nuclei monogenitore hanno un numero medio di figli più basso delle coppie con figli e nel 49,8% dei casi si tratta di figli minorenni.

Questa tipologia di aggregazione familiare è, aldilà dei contesti sociali di riferimento, quella maggiormente esposta a rischi di disagio ed è dunque necessario intervenire con misure volte alla prevenzione, alla tutela ed al suo sostegno. In particolare, minori che si trovano a vivere con un solo genitore sono certamente più esposti a una fragilità sociale e psicologica, anche se sicuramente non è solo l'assenza di una delle figure genitoriali di riferimento all'origine di una carenza di punti di riferimento educativi per i figli. Molto spesso la partecipazione al mercato del lavoro di entrambe le figure genitoriali può determinare tale carenza.

Allo stesso modo, i profili personali più fragili sul mercato del lavoro tendono a manifestare un trasferimento sui minori appartenenti al nucleo le minori possibilità di riuscita lavorativa, sovraccaricandoli prematuramente di responsabilità o determinandone spesso l'uscita anticipata dai percorsi formativi, anche nell'età dell'obbligo scolastico.

Ad aggravare la situazione di questi minori, a volte, è l'essere ostaggi delle controversie di coppia, che finiscono per chiarirsi in tribunale, o delle tensioni provenienti dai provvedimenti giudiziari a carico di un adulto del nucleo, che chiamano in causa l'intervento dei servizi sociali nella ricerca di una diversa relazione da ricostruire tra un adulto di riferimento (familiare o non) ed il minore.

Le famiglie straniere

L'incidenza delle famiglie straniere va da un minimo del 6,7% del Municipio X a un picco del 32,3% nel Municipio I, dato peraltro prevedibile data la compresenza di più nuclei familiari, composti a volte da persone sole, in un unico alloggio.

Abbiamo già sottolineato il fatto che il saldo demografico positivo della popolazione cittadina è dovuto alla presenza ed al costante afflusso di cittadini stranieri; in assenza del fenomeno migratorio Roma registrerebbe un quadro demografico allarmante caratterizzato da alti tassi invecchiamento e dalla diminuita fertilità.

Va peraltro sottolineato il fatto che il fenomeno migratorio comporta anche una crescente domanda di servizi volti alla soddisfazione di esigenze appartenenti a due sfere differenti ma complementari, quali l'emergenza e le strategie per l'integrazione. Per le necessità del nostro documento ci limitiamo a constatare il crescente numero di famiglie straniere residenti nella capitale, considerandole, in questo frangente, solamente famiglie e lasciando ad un'altra parte del Piano Regolatore Sociale la compiuta trattazione dell'argomento.

I minori di età

L'incidenza dei minori sulla popolazione straniera presente è un indicatore del radicamento territoriale: una presenza significativa di figli di immigrati, in quanto costituisce al tempo stesso un effetto e una condizione di integrazione nel Paese accoglienza, è una caratteristica di collettività straniere che hanno trasformato il proprio progetto migratorio da transitorio a lungo termine.

Come evidenziato dalla Caritas³, i minori stranieri maggiormente presenti a Roma afferiscono all'area dei Paesi neocomunitari (principalmente Romania), ma anche dall'Albania e dell'Asia orientale. Differenze interessanti tra i diversi gruppi esteri a maggiore incidenza di minori emergono laddove si consideri il luogo di nascita dei minori stessi (se all'estero oppure in Italia, a indicare rispettivamente che la loro presenza è il risultato di un processo di ricongiungimento oppure l'esito della formazione di una famiglia in Italia)⁴.

Sotto questo profilo, nella provincia di Roma mentre 2 minori su 3 sono nati all'estero tra albanesi e romeni, la maggior parte dei minorenni bengalesi, cinesi, polacchi, egiziani e filippini sono invece nati in Italia. Considerando anche l'età dei minori, si evince che in generale nella collettività cinese, filippina ed egiziana la costituzione di nuovi nuclei familiari in Italia è iniziata da più tempo rispetto ad altri.

In ogni caso, l'aumento generalizzato delle presenze straniere impone un'adeguata riflessione sui processi di gestione dei nuovi cittadini, portatori di esigenze che possono coincidere solo in parte con quelle della popolazione italiana, a causa di differenze culturali anche profonde, che possono incidere notevolmente sulle modalità di sviluppo della famiglia. Dalle considerazioni rese in merito alle famiglie straniere si evince la necessità di considerarle fragili anche stante una condizione

³ Quinto Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni, Caritas di Roma, 2009.

⁴ La legge 675/96 sulla privacy e la Legge 127/97 (Bassanini) hanno introdotto cambiamenti che si traducono in una diminuzione delle informazioni. Dal 1999 la statistica sulle nascite, anziché dai certificati di assistenza al parto (molto ricca di informazioni sulla madre), viene ricavata da un'attestazione limitata ai dati richiesti nei registri di nascita, per cui spesso viene a mancare l'informazione sulla cittadinanza di uno o di entrambi i genitori; in particolare, sono assenti le informazioni sul genitore quando questi è residente all'estero o in un altro Comune diverso da quello del figlio, non intestatario della scheda di famiglia e, inoltre, sui genitori che per qualsiasi motivo non consentono di essere nominati.

sociale normale (stabilità di lavoro e sistemazione abitativa), perché il processo di integrazione riguarda una sequenza di almeno tre generazioni.

I servizi sociali per i minori e le famiglie

Il funzionamento del sistema

Il sistema pubblico dei servizi e degli interventi sociali per la famiglia, l'infanzia e l'adolescenza è particolarmente complesso e articolato. I soggetti istituzionali a cui fanno capo i servizi sono molteplici: il Dipartimento alle Politiche sociali, il Dipartimento alle Politiche scolastiche, per la famiglia, l'infanzia e i giovani, le Unità Organizzative per i servizi sociali dei Municipi, le Aziende Sanitarie, le Istituzioni scolastiche, le Istituzioni della Giustizia ordinaria e minorile.

Le pagine che seguono intendono tracciare uno schema essenziale dei diversi servizi sociali presenti sul territorio e delle persone che ne beneficiano concretamente e direttamente, onde comporre una visione organica della molteplicità e della specificità degli interventi promossi dall'amministrazione comunale.

Il Dipartimento per la Promozione delle Politiche Sociali e della Salute svolge un ruolo di coordinamento e di programmazione generale dei servizi e degli interventi sociali, fornendo assistenza tecnica ai Municipi, in particolare attraverso azioni finalizzate a garantire il funzionamento dell'intero sistema.

Gran parte dei servizi e degli interventi sociali attuati nel territorio di Roma capitale fanno riferimento, quindi, ai Municipi. Nello specifico dei servizi per i minori, i Municipi hanno competenze rispetto a tutti i residenti, anche rom censiti nei campi regolari.

Il Dipartimento interviene invece per le persone che non hanno un riferimento territoriale, per esempio i minori stranieri non accompagnati, ma anche attraverso alcuni servizi che prevedono un'organizzazione a livello cittadino, come ad esempio quelli che riguardano l'emergenza sociale.

In particolare, i **Municipi** promuovono e gestiscono i seguenti servizi direttamente o, in alcuni casi, affidandoli ad organismi del Terzo Settore:

- Segretariato sociale
- Servizio sociale per la famiglia e i minori
- Sostegno economico alla famiglia e al minore
- Centro famiglia
- Servizio di educativa territoriale
- Orientamento e sostegno all'inserimento lavorativo
- Servizio educativo – assistenziale di sostegno alla famiglia e al minore – SISMIFF
- Assistenza domiciliare integrata per minori con disabilità – SAISH
- Assistenza alunni con disabilità
- Centro diurno per bambini diversamente abili
- Centro di aggregazione e socializzazione
- Centro ricreativo estivo
- Accoglienza in strutture residenziali: Casa – famiglia e Comunità educativa
- Accoglienza in strutture residenziali: Gruppo appartamento
- Accoglienza strutture nuclei genitore - figlio

Il Dipartimento invece promuove e gestisce i seguenti servizi:

- Sala operativa per l'emergenza sociale⁵
- Servizio di Tutela pubblica
- Centro Comunale Pollicino per l'affido, l'adozione e il sostegno a distanza
- Centri di pronta accoglienza dei minori 0-6 anni
- Centri di pronta accoglienza per preadolescenti e adolescenti

⁵ Non appartenenti alla U.O. Minori

- Accoglienza in strutture residenziali per nuclei genitore-figlio
- Assistenza domiciliare ai minori affetti da AIDS
- Strutture residenziali per minori (Case famiglia, Comunità educative e Gruppi appartamento)

I minori sottoposti a procedimento penale

Alla trattazione della tematica inerente i Servizi e gli interventi per le persone sottoposte a misure giudiziarie è stato dedicato l'Allegato 6 del Nuovo Piano regolatore Sociale, tuttavia si è scelto di non inserire in tale documento l'argomento riguardante i minori sottoposti a provvedimenti dell'AAGG in ragione della necessaria integrazione fra i vari servizi coinvolti. Secondo quanto disposto dal DPR 448/88 infatti, i minori possono essere affidati a centri di prima accoglienza o a strutture residenziali ed è comunque prevista l'interazione fra l'Autorità Giudiziaria ed i servizi sociali nell'interesse del sostegno al recupero del minore.

I dati sui flussi di ingresso nei Servizi minorili della Giustizia presenti nel Lazio e in particolare a Roma confermano la diminuzione della delinquenza minorile, andamento che, fatta eccezione per l'Istituto Penale per Minorenni, si riscontra ormai da due anni.

Ciò contrasta con la percezione che si ha del fenomeno nella società e con il malessere diffuso che affiora tra i giovani, evidenziato nelle sue manifestazioni più eclatanti dai mass media, ma che trova riscontro anche tra gli operatori che interagiscono con i minorenni che impattano con la giustizia minorile.

A fronte di una diminuzione degli arresti sembrano aggravarsi le condizioni interiori dei minorenni, che si trovano sempre più spesso in bilico in quel confine psichico apparentemente indefinito (border line). Un confine in cui la ricerca delle spiegazioni degli attuali fenomeni delinquenziali minorili corre il rischio di semplificare realtà complesse, riducendole a difficoltà individuali o a stati di malessere interiore, eventualmente segnalati dall'uso di sostanze stupefacenti e/o dall'abuso di alcol. Una spiegazione che rischia di psichiatrizzare la devianza minorile e che risulterebbe penalizzante per le giovani generazioni, dal momento che rischierebbe di inibire analisi più approfondite dei contesti in cui i giovani vivono ed agiscono.

L'analisi della questione dei minori sottoposti a procedimento penale da parte dell'Autorità Giudiziaria minorile non può che partire dal territorio, dagli adulti di riferimento e dai modelli educativi. Il ruolo delle risorse che il territorio è in grado di attivare per i minori a rischio appare in tutta la sua importanza, se si considera come è allo stesso territorio che il giovane fa ritorno una volta terminato l'iter penale. È lecito però chiedersi se un ambiente che non è riuscito a proteggere il minore prima del reato sia in grado di prendersi carico con esiti positivi di un adolescente che ha vissuto anche l'esperienza penitenziaria.

L'istituto della *messa alla prova* che, se ha successo, può consentire al minore di sottrarsi completamente al circuito penitenziario e di vedere estinto il proprio reato, necessita di una forte collaborazione tra sistema Giustizia ed Ente Locale per garantire continuità all'intervento educativo e di reinserimento nei confronti dell'adolescente che delinque.

Nei Centri di Prima Accoglienza e negli Istituti Penali per Minorenni si incontrano minori provenienti da ambienti diversi, con caratteristiche e problemi molto differenziati: stranieri, nomadi, tossicodipendenti, giovani con problemi psichiatrici. È necessario perciò che si predispongano progetti personalizzati, disegnati sulla base delle condizioni, delle aspettative e del contesto familiare e sociale di ciascun minore.

L'esperienza maturata con i tirocini di formazione – lavoro dei giovani dai 16 ai 21 anni⁶ ha reso evidente come sia necessario prestare la massima attenzione alla conoscenza del giovane, alla compatibilità con la struttura lavorativa, alla fase di accompagnamento nella struttura lavorativa e al momento successivo alla conclusione della borsa-lavoro.

C'è poi il grande problema dei minori tossicodipendenti. L'emergere di nuove dipendenze e di nuove modalità di assunzione hanno di fatto creato una specificità tale da richiedere misure di intervento diversificate rispetto ai tossicodipendenti tradizionali. Le strutture destinate alla loro accoglienza e al trattamento presentano spesso carenze e gli stessi SerT si trovano in difficoltà ad affrontare contemporaneamente il duplice problema di uno sviluppo adolescenziale disturbato e della tossicodipendenza. È necessario elaborare progettualità capaci di «agganciare» il ragazzo (che in genere non si riconosce alcun problema di dipendenza) e che siano in grado di cogliere il complesso legame tra crisi evolutiva dell'adolescente ed uso di sostanze psicotrope.

È necessario inoltre assicurare ai minori la continuità dei percorsi intrapresi durante la misura penale. I minori stranieri e italiani collocati presso comunità o che usufruiscono di accompagnamento educativo e formativo presso i centri diurni o le cooperative accreditate devono poter proseguire l'intervento oltre il termine della misura, così come peraltro già previsto dal vigente Protocollo di intesa tra il Centro di Giustizia Minorile e il Comune di Roma.

Nell'ottica del miglioramento della governance di questa tipologia di servizi, si individua l'opportunità di istituire un Tavolo Permanente di coordinamento interistituzionale fra gli attori coinvolti, ovvero il Centro per la Giustizia Minorile, il Tribunale per i Minorenni di Roma, il Garante per l'Infanzia della Regione Lazio, il Garante Regionale e Comunale per i diritti dei detenuti, la Provincia di Roma, l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, la Consulta cittadina per i problemi penitenziari, le ASL competenti territorialmente.

Ulteriori proposte relative ai minori sottoposti a procedimenti penali riguardano:

- l'istituzione di spazi protetti, comunità terapeutiche e centri diurni con personale specializzato in cui avviare interventi multidimensionali e personalizzati per minori con problemi psichiatrici e di tossicodipendenza;
- la realizzazione di comunità di semiautonomia per giovani adulti, per disporre di alloggi protetti in caso di mancanza di supporto familiare o per favorire lo svincolo dalla famiglia;
- l'attivazione di un Coordinamento interistituzionale tra Servizi della Giustizia, del Comune, della Questura e del Comitato Minori Stranieri non accompagnati per garantire efficaci percorsi di inclusione sociale per i minori italiani e stranieri;
- l'istituzione di un Servizio di mediazione culturale presso l'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni, il Centro di Prima Accoglienza e l'Istituto Penale per Minorenni.

La spesa

La spesa corrente⁷ per i servizi sociali finalizzati ai minori e alla famiglia, relativamente ai dati dei Municipi e del Dipartimento alle Politiche sociali, si aggira sui **70 milioni** di Euro⁸.

La parte più consistente di tale spesa, quasi il 40%, è relativa ai servizi residenziali (compresi quelli di pronta accoglienza e dei nuclei "madre-bambino"). Segue la spesa per l'assistenza scolastica agli alunni con disabilità (oltre 17 milioni, pari a quasi un quarto della spesa complessiva). Vengono poi

⁶ Si ricorda che la Giustizia minorile ha competenza sulle persone fino ai 21 anni.

⁷ Gli importi qui indicati fanno riferimento alle voci di costo del bilancio comunale assegnate al Dipartimento alle Politiche sociali e alle Unità Organizzative municipali per i servizi sociali. Non comprendono dunque i costi del personale e delle strutture comunali, né altri costi indiretti.

⁸ Oltre a ciò, è da considerare che anche parte del budget gestito dal Dipartimento alle Politiche educative è destinato ad interventi di carattere sociale.

i contributi economici e il finanziamento dei progetti e degli interventi nel quadro della legge 285/97.

Più limitata in termini percentuali risulta la spesa per i “pacchetti di servizi” collegati all’assistenza domiciliare e territoriale (SISMIF) e quella per i Centri diurni per bambini immigrati.

Un nuovo Piano della legge 285

I Piani di intervento previsti dalla legge 285/97

Il Comune di Roma ha adottato diversi Piani Territoriali Cittadini in attuazione della Legge 285/97. Il *primo Piano* è stato sottoscritto il 29 luglio 1998 con un Accordo di Programma sottoscritto dal Sindaco, dal Provveditore agli Studi, dal Rappresentante del Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo e dai Direttori delle cinque ASL romane. La preparazione del Piano cittadino era stata avviata fin dai primi mesi del 1998 da un Comitato tecnico-politico interassessorile, formato da esponenti di tre Assessorati (Città a misura delle bambine e dei bambini, Politiche Sociali, Politiche Educative e Giovanili). L'analisi dei bisogni e la ricognizione delle risorse territoriali erano state svolte in gran parte dai servizi sociali delle 19 Circoscrizioni (oggi Municipi). A questo livello si sono decisi in gran parte i progetti da realizzare (due terzi delle risorse disponibili sono infatti ripartite ai Municipi, secondo precisi indicatori). Ai progetti circoscrizionali sono stati affiancati alcuni interventi a dimensione cittadina, promossi dai tre Dipartimenti coinvolti.

Anche il *secondo Piano Cittadino* è stato elaborato dopo un lungo e complesso percorso e in seguito ad una valutazione generale dei progetti, in modo da raccogliere elementi utili per il miglioramento degli interventi. Il processo è stato gestito e coordinato dal Comitato Interdipartimentale Operativo (CIO), secondo precise indicazioni della Giunta Comunale. Questo Piano è stato adottato dal Commissario straordinario con Ordinanza 131 del 28 maggio 2001, in seguito alla sottoscrizione di un Accordo di Programma con le ASL romane, il Provveditorato agli Studi e il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo.

Negli ultimi anni l'Amministrazione comunale ha deciso di dare continuità agli interventi avviati con i Piani precedenti, sia in considerazione di una certa incertezza riguardo alla continuità del finanziamento della legge 285, sia perché nel frattempo si è dato avvio al Piano Regolatore Sociale, al cui interno sono confluiti anche i progetti della Legge 285.

La realizzazione dei progetti

Attualmente sono attivi 84 interventi, di cui 76 promossi dai Municipi e 8 dai Dipartimenti centrali. I destinatari degli interventi — come è ovvio — sono principalmente bambine e bambini (di tutte le età), ragazzi e ragazze minori di età. Molti interventi sono indirizzati però anche ai genitori, ai familiari, agli educatori e agli operatori sociali.

La realizzazione degli interventi è stata affidata in gran parte ad organismi esterni all'amministrazione comunale: associazioni, cooperative e altre organizzazioni no profit. È rilevante anche il ruolo delle scuole, che negli ultimi anni è andato crescendo: nell'anno scolastico 2009 - 2010 sono stati circa 80 gli Istituti scolastici coinvolti nei progetti promossi dal Dipartimento alle Politiche scolastiche. Complessivamente, fino ad oggi sono stati coinvolti circa trecento organismi attuatori, molti dei quali si sono riuniti in raggruppamenti temporanei di scopo. Attualmente sono un centinaio gli organismi impegnati nell'attuazione degli interventi.

L'eterogeneità dei progetti rende difficile e incerto il calcolo dei destinatari raggiunti. In oltre dieci anni (cioè dalla fine del 1998 alla fine del 2010), si può stimare che ne abbiano usufruito non meno di 290.000 persone, di cui circa il 60% sono minori di età, 30% genitori e familiari, 10% insegnanti, educatori e operatori sociali. Complessivamente, le risorse assegnate dallo Stato al Comune di Roma dal 1997 al 2010 sono pari a circa 122 milioni di euro, con un importo medio/anno di oltre 9,3 milioni di Euro.

Il coordinamento e il monitoraggio dei progetti è affidato alla *Cabina di Regia*, una tecnostruttura formata da dipendenti comunali, con il supporto di un organismo specializzato. Alla Cabina di Regia sono attribuiti diversi compiti: coordinamento, monitoraggio, comunicazione, assistenza tecnica sulle procedure, controllo di gestione, controllo della qualità degli interventi, valutazione

degli esiti, diffusione di buone prassi.

Il sistema di monitoraggio attivato dalla Cabina di regia è studiato per permettere flussi regolari, completi e tempestivi di informazioni sullo stato di avanzamento delle attività progettuali, sulle azioni realizzate e sui destinatari raggiunti. Una criticità significativa è tuttavia costituita dal non sempre costante puntuale aggiornamento dei dati, causato dalla difficile interazione fra alcuni enti attuatori e la Cabina di Regia. Negli anni tale tendenza non si è affermata in modo chiaro e univoco, segno del fatto che non è frutto di una difficoltà strutturale, ma nelle indicazioni che seguiranno si farà riferimento anche alla necessità evitare l'attestarsi di modalità organizzative poco efficienti dal punto di vista informativo.

Un altro elemento di interesse e potenzialmente foriero di difficoltà in relazione ai progetti ex Legge 285/97 è il fatto che i fondi, sino ad ora non inseriti nei bilanci comunali, vi convergeranno; la programmazione futura dovrà tenere conto di questa variazione, onde adottare misure a protezione della specificità degli interventi.

Indicazioni per i servizi alle famiglie e ai minori

Un Piano Regolatore Sociale dovrebbe contenere indicazioni chiare su come articolare i servizi alla persona in termini migliorativi, tenendo presente l'esigenza di adeguare il sistema a criteri di efficacia, per quanto concerne l'effettiva validità delle iniziative intraprese, ed efficienza, per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Nelle pagine che seguono vengono pertanto enumerate indicazioni pratiche volte a consentire il necessario efficientamento del sistema, che dovrà vertere sulla necessità di centrare l'attenzione sulla famiglia, sulla sua promozione e protezione. Le indicazioni, per maggiore chiarezza, vengono suddivise in base a temi di natura generale quali qualità, modalità gestionali, la comunicazione ecc.

Ascoltare e coinvolgere attivamente le famiglie

Il protagonismo familiare rappresenta una risposta alla frammentazione del tessuto sociale in quanto consente di generare benessere e "capitale sociale" non solo per le famiglie stesse, ma per l'intera comunità, favorendo la crescita della coesione sociale.

In concreto, le politiche di promozione della famiglia dovranno concentrare i propri sforzi nell'arricchimento in parallelo delle risorse materiali e delle risorse relazionali a disposizione delle famiglie. Da un lato, occorrerà riconoscere l'impegno quotidiano delle famiglie romane attraverso benefici fiscali e un accesso facilitato ai servizi comunali e municipali; dall'altro, sarà opportuno stimolare l'associazionismo familiare, per estendere la rete di cooperazione tra famiglie e favorirne la parziale autonoma risoluzione di problemi.

Recenti ricerche hanno sottolineato il fatto che le famiglie incontrano le maggiori difficoltà nei primi anni dopo la nascita del primo figlio. La condivisione delle esperienze, nonché lo studio di adeguate forme di cooperazione economica, potranno contribuire in maniera significativa al consolidamento della famiglia.

Un'attenzione particolare sarà attribuita alle *famiglie straniere*, in forte aumento sul territorio comunale. I servizi sociali dovranno impegnarsi a seguire con attenzione le fasi critiche del ricongiungimento familiare e delle opportunità educative offerte ai minori stranieri, garantendo la piena integrazione delle "seconde generazioni" in un contesto di diritti e doveri conosciuti e condivisi.

Le famiglie non sono dunque solo l'oggetto della strategia di intervento, ma anche soggetto attivo delle politiche sociali. Il modello di welfare deve evolvere, abbandonando le sponde dell'assistenzialismo per raggiungere il "mare aperto" della responsabilizzazione dei cittadini, nel rispetto dei reciproci ruoli e dei doveri di cittadinanza. Ciò non significa certo lasciare che le famiglie facciano da sole, deresponsabilizzando l'azione delle istituzioni. Significa invece che queste ultime non possono definire strategie e servizi senza ascoltare le famiglie, senza un loro coinvolgimento, competente, attivo e responsabile, nelle decisioni che le riguardano direttamente.

Quindi si rende necessario incentivare concretamente il protagonismo delle famiglie e delle loro associazioni. Si tratta di passare da una fase di politiche *per* la famiglia, ad una fase di politiche *con* la famiglia. I servizi per la famiglia e per i minori in particolare coinvolgono direttamente le persone fin nelle sensibilità più intime, così che non è possibile pensare ad interventi che agiscano dall'esterno su soggetti colti solo nella loro dimensione di "beneficiari" delle prestazioni sociali. Ciò significa tradurre in operatività il principio di sussidiarietà orizzontale.

Migliorare la programmazione e la gestione operativa

In considerazione della presenza di due assessorati con competenze complementari rispetto al tema famiglia e i minori si ritiene utile:

- a) la creazione di un *tavolo cittadino permanente* che coinvolga attivamente tutti gli attori

locali che hanno competenze nel settore (Dipartimenti, Municipi, ASL, Scuola, Giustizia minorile, Terzo Settore);

- b) l'individuazione in modo condiviso di criteri per la selezione degli organismi a cui affidare i progetti e i servizi, nonché di strumenti per conciliare il principio/diritto alla libera concorrenza degli attori sociali nella realizzazione degli interventi affidati dall'Amministrazione pubblica con il diritto/dovere della continuità educativa e assistenziale in tutti i servizi in cui sono coinvolti minori, specialmente quelli più fragili;
- c) la rivisitazione dello strumento dell'accreditamento degli enti e dei servizi;
- d) la promozione, a tutti i livelli e per tutti gli interventi rivolti ai minori, della pratica sistematica del monitoraggio e della valutazione, mediante l'adozione obbligatoria di indicatori oggettivamente verificabili, sulla base dei quali verificare l'efficacia e l'efficienza del lavoro svolto⁹.

Migliorare l'informazione e la comunicazione

Per migliorare l'accesso alle informazioni che riguardano la natura, il funzionamento e le modalità di ottenimento dei servizi si propone:

- le pagine sui servizi erogati, già presenti sui siti di alcuni municipi e sul portale istituzionale del Comune di Roma, saranno estese a tutti i siti municipali; migliorate nella fruibilità; rese più complete e informative, soprattutto in merito alle modalità di accesso ai servizi stessi;
- Gli uffici per le relazioni con il pubblico e i diversi "sportelli" presenti sul territorio dovranno, nel rispetto della normativa sulla riservatezza, inviare *newsletter* periodiche ad iscrizione libera a coloro che desiderassero essere informati sui servizi attivati a livello locale.
- L'Amministrazione indicherà in modo chiaro i tempi e le modalità con cui saranno fornite le risposte ai quesiti ricevuti, intrattenendo con la popolazione un rapporto attivo e costante.
- L'uso del materiale cartaceo, che si rende ancora necessario per raggiungere tutti coloro che non accedono normalmente alla rete web, dovrà essere regolamentato in modo da non configurarsi come comunicazione generica a tutta la popolazione, ma raggiungere capillarmente le famiglie. A tale scopo dovrà essere previsto l'invio periodico di lettere informative a tutta la cittadinanza potenzialmente interessata. Alle lettere informative dovranno essere allegati moduli grazie ai quali i cittadini potranno inviare all'Amministrazione suggerimenti e/o richieste di ulteriori chiarimenti.
- Potenziare le esperienze realizzate da alcuni Municipi per rendere itineranti alcuni uffici di relazione con il pubblico.
- Gli interventi realizzati in questi anni hanno generato una mole di informazioni, una casistica di riferimento ed esperienze che rischiano di essere perse quando i progetti si concludono o la gestione viene affidata ad un nuovo ente. A tal fine, si definiranno apposite linee-guida per favorire una migliore interrelazione tra gli enti gestori e gli uffici comunali preposti e verranno promossi momenti di confronto per condividere e diffondere le esperienze realizzate nelle diverse aree di intervento e nei differenti territori.

Migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi per i minori

La nuova pianificazione dei servizi sociali dovrà garantire ai cittadini minori di età e alle loro famiglie *pari opportunità* nell'esercizio dei diritti, assicurando su tutto il territorio comunale un

⁹ Al riguardo si potrebbero programmare corsi di formazione per il personale della Pubblica Amministrazione e del Terzo Settore; tavoli per l'identificazione di indicatori oggettivamente verificabili relativi ai processi e ai risultati dei progetti e dei servizi; l'obbligo da parte degli enti attuatori di adottare manuali di monitoraggio e valutazione coerenti con le esigenze operative.

sistema di opportunità e di prestazioni essenziali per le persone che si trovano in situazioni di bisogno e di fragilità sociale.

La definizione dei “livelli essenziali” è certamente un compito che spetta allo Stato centrale, ma si intende avviare una sperimentazione a livello comunale, almeno per le situazioni più gravi, come nel caso dei minori privi di un valido sostegno familiare.

Tenendo conto poi del valore “tempo” negli interventi di cura e presa in carico dei minori, specialmente di quelli più piccoli, si intende introdurre misure in grado di *velocizzare i processi* di presa in carico e di protezione sociale. Per raggiungere questo obiettivo, risulta fondamentale disporre di un sistema informativo efficiente, in grado di monitorare in modo affidabile e tempestivo la situazione di ciascun minore preso in carico dai servizi.

In questa prospettiva un obiettivo prioritario è la *riduzione del ricorso all’assistenza residenziale*, privilegiando percorsi personalizzati in ambienti “familiari” (e non solo “a dimensione familiare”), proseguendo nel cammino che, pur con qualche esitazione e difficoltà, è stato intrapreso in questi ultimi anni.

A tal fine si ritiene opportuno ripensare e rilanciare l’azione del Centro comunale “Pollicino”, individuando, con il sostegno dell’autorità giudiziaria e degli organismi specializzati, modalità innovative di affidamento familiare.

Gli altri obiettivi che l’Amministrazione comunale dovrebbe perseguire sono:

- promuovere la “specializzazione” delle strutture di accoglienza, differenziando l’offerta per intensità assistenziale e per specifici gruppi target e l’attivazione su tutto il territorio di progetti – ponte che prevedano l’accompagnamento tutoriale dei minori in uscita dalle strutture residenziali e l’introduzione dei “contratti educativi” con i giovani adulti in uscita dalle strutture residenziali nell’ambito di percorsi di reinserimento con precisi obiettivi di autonomia, connessi anche ai percorsi EDA;
- potenziare le strutture per la presa in carico delle vittime della tratta sessuale in giovane età;
- istituire il Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali per i minori e per la famiglia, localizzato in corrispondenza del territorio di ogni ASL, per l’attivazione di servizi interdistrettuali di secondo livello, implementati con risorse di tutte le Istituzioni interessate (Municipi e ASL), sia economiche che di personale, facendo convergere le singole pianificazioni territoriali. Previsione dell’attivazione di linee di servizio specifiche: a) la Diagnostica psicosociale per la valutazione della genitorialità; b) la mediazione familiare; c) la psicoterapia; d) gli incontri in spazi protetti; e) il trattamento dell’abuso e del maltrattamento;
- sviluppare strategie di comunicazione sulle tematiche del disagio familiare e minorile con i seguenti obiettivi: a) sensibilizzare le famiglie ed i minori su fenomeni quali pedofilia, pedopornografia e pornografia in internet; b) aumentare il livello di consapevolezza ed attenzione in merito ai comportamenti antisociali;
- coinvolgere le scuole attraverso progettazioni integrate sul territorio, articolate in diversi livelli di coinvolgimento e compartecipazione degli interventi finalizzati: a) ad azioni di prevenzione di situazioni problematiche e stili di vita dannosi allargando il campo delle attività preventive alle cosiddette nuove dipendenze; b) all’attivazione di specifici piani di intervento di prevenzione di comportamento antisociale e dispersione scolastica, anche attraverso l’attivazione di percorsi di tutoring basati sull’interazione fra adolescenti e figure adulte di riferimento extrafamiliare;
- istituire un Polo municipale/distrettuale Integrato per valutazione e gestione/presa in carico dei casi più complessi;

- recepire la Strategia di Lisbona ed il Patto per Gioventù, per la modulazione delle politiche giovanili in funzione del protagonismo generazionale, con i seguenti obiettivi: a) partecipazione dei giovani ai processi decisionali; b) efficientamento del meccanismo di collegamento dei percorsi scolastici professionalizzanti, incluso il sistema EDA, al mondo del lavoro.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 5
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Persone anziane”

Sostegno e attivazione

SOMMARIO

IL DOCUMENTO DI LAVORO "SOSTEGNO E ATTIVAZIONE".....	3
Premessa	3
La popolazione anziana a Roma.....	4
Le proiezioni al 2020.....	4
Glossario	7
Normativa di riferimento	8
I servizi e gli interventi sociali per le persone anziane a Roma	9
Altre iniziative già operative.....	10
Nodi da sciogliere ed elementi di criticità.....	12
Piste di lavoro	15
Appendici relative al documento di lavoro.....	19
<i>Appendice 1 – I redditi da pensione.....</i>	<i>19</i>
<i>Appendice 2 – I redditi degli anziani: una ricerca AUSER.....</i>	<i>233</i>
<i>Appendice 3 – Il contributo del Terzo Settore</i>	<i>244</i>
<i>Appendice 4 – Tipologie di servizi specifici per anziani.....</i>	<i>277</i>
<i>Appendice 5 – Gli anziani risorse sociali: l'esperienza di VitAttiva.....</i>	<i>31</i>
IL FORUM SULLE PERSONE ANZIANE.....	32
Metodologia	32
I principali risultati del Forum: le criticità e le proposte.....	33
<i>Criticità e proposte per la vita attiva.....</i>	<i>34</i>
<i>Criticità e proposte per anziani fragili e non autosufficienti.....</i>	<i>36</i>
<i>Bisogni legati alla non autosufficienza (parziale o totale).....</i>	<i>38</i>
<i>Assistenza anziani malati di Alzheimer e anziani con patologie gravi.....</i>	<i>41</i>
<i>La residenzialità.....</i>	<i>42</i>
Azioni di sistema	433
<i>Integrazione tra sistemi.....</i>	<i>433</i>
<i>Co-progettazione.....</i>	<i>444</i>
<i>Integrazione socio-sanitaria dei servizi alla persona.....</i>	<i>444</i>
<i>Continuità assistenziale territorio e distretti sanitari.....</i>	<i>444</i>
Appendici relative al lavoro del forum	455
<i>Appendice 1 Questionario sull'Invecchiamento attivo.....</i>	<i>455</i>
<i>Appendice 2 Contributo scritto A.....</i>	<i>488</i>
<i>Appendice 3 Contributo scritto B.....</i>	<i>49</i>
<i>Appendice 4 Contributo scritto C.....</i>	<i>522</i>
<i>Appendice 5 Contributo scritto D.....</i>	<i>544</i>
<i>Appendice 6 Contributo scritto E.....</i>	<i>588</i>

IL DOCUMENTO DI LAVORO "SOSTEGNO E ATTIVAZIONE"

Premessa

Questo testo presenta alcuni dati e riflessioni relativi alla condizione degli anziani a Roma. E' una piattaforma informativa e di analisi per il "*Forum di confronto e proposta*" per il nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, aperto alla partecipazione degli attori del welfare cittadino e della cittadinanza.

Questa sezione contiene dati sulla popolazione di riferimento, informazioni sulla specifica normativa, un panorama generale dei servizi e degli interventi sociali promossi dall'Amministrazione comunale, dati relativi ai soggetti che usufruiscono delle prestazioni sociali. Il testo contiene infine alcuni spunti e proposte, aperte alla considerazione e agli approfondimenti del "Forum" dedicato a queste tematiche. Alcuni allegati, con ulteriori dati e analisi, contribuiscono a completare il quadro di riferimento.

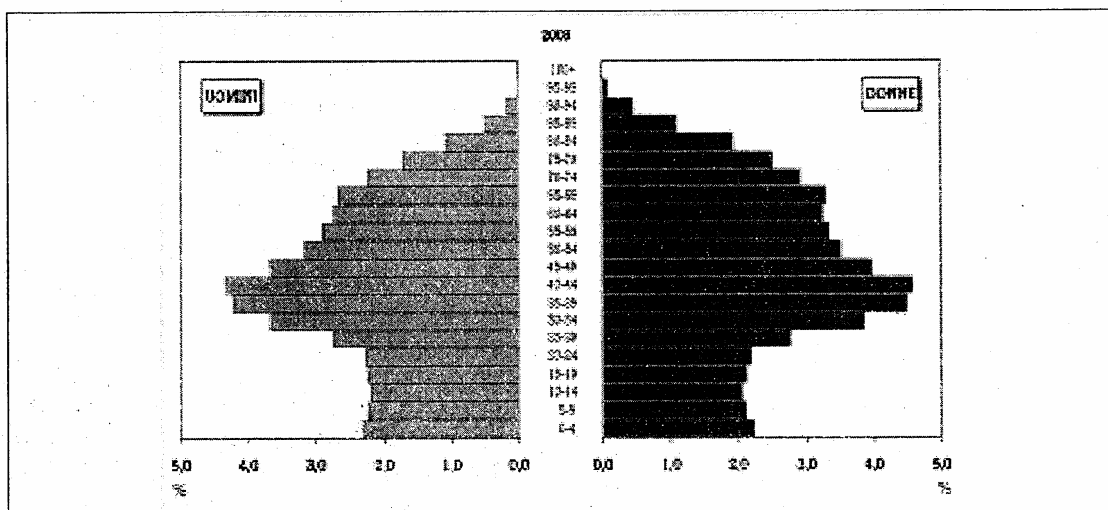
Il testo è stato preparato nel periodo luglio-dicembre 2009 da un gruppo di lavoro promosso dalla "Commissione di Piano". Il gruppo è stato coordinato da Fiorenza Deriu. Marco Accorinti e Martino Rebonato infine hanno rielaborato e rivisto il testo finale.

Ai lavori del Gruppo hanno partecipato: Loredana Baronciani, Paola Calvani, Alessandra Casagrande, Maria Teresa Conti, Luca Di Censi, Dario D'Orta, Gabriella Fabrizi, Patrizia Forgione, Simonetta Fucile, Silvana Grifi, Fabio Lanzoni, Rosa Maria Lipsi, Elisabetta Marconi, Massimo Pasquo, Pasqualina Rea, Alfonso Rossi, Giuseppina Rozzo, Marina Scala, Paola Soncini Panerai, Simona Staffieri, Carla Vincenti.

La popolazione anziana a Roma

La popolazione romana residente al 1° gennaio 2009 ammonta a 2.844.821 abitanti, di cui 47,3% maschi e 52,6 % femmine. Le classi di età più numerose sono quelle centrali: sia gli uomini che le donne hanno un'età compresa tra i 35 ed i 44 anni. La piramide delle età della popolazione capitolina (Figura 1) è caratterizzata da una base stretta dovuta alla bassa proporzione di giovani rispetto alle classi di età successiva.

Figura 1. Popolazione di Roma al 2008. Struttura per sesso ed età



Fonte: elaborazioni su dati del CISR e Ufficio statistico del Comune di Roma (2009)

Come si può notare nel grafico, le classi di età più numerose sono quelle centrali: sia gli uomini che le donne hanno un'età compresa tra i 35 ed i 44 anni. Le proporzioni di popolazione diminuiscono all'aumentare delle età, ma restano comunque più elevate di quelle di età inferiore ai 35 anni.

La popolazione con più di 65 anni è pari a 603.735 persone, che costituisce più del 20% della popolazione residente. Di questi 315.502 soggetti sono nella fascia d'età 65-74 (i cosiddetti "giovani anziani") per i quali si dovrebbero promuovere opportunità di vita attiva, servizi di socializzazione, attività formative, culturali e di volontariato, mentre 288.233 sono over 75 (i "grandi anziani") per i quali, presumendo una maggiore fragilità, oltre ai servizi previsti per i "giovani anziani", si dovrebbero promuovere anche servizi di aiuto di natura socio-assistenziale-sanitaria.

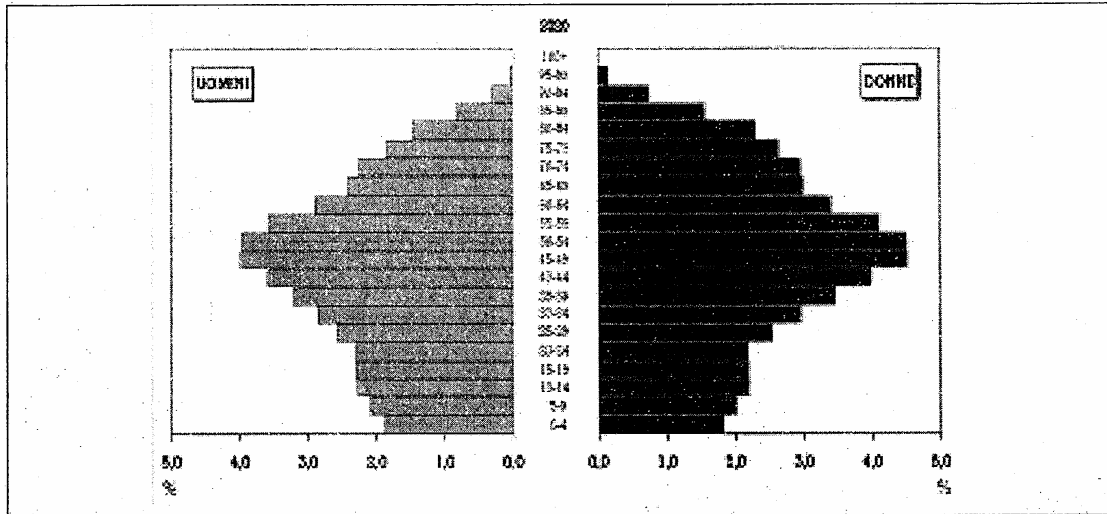
Le proiezioni al 2020

Da una recente ricerca svolta dal Centro di ricerca su Roma (CISR) dell'Università di Roma "La Sapienza" in collaborazione con l'Ufficio di Statistica e Censimento del Comune di Roma, coordinata dal professor Eugenio Sonnino, si prevede che nei prossimi anni, considerando lo scenario "alto"¹, vi sarà un notevole "rigonfiamento" delle classi di età più avanzate, che si osserva nella piramide delle età relativa alla popolazione prevista per il 2020. Nella parte bassa della piramide si osserva invece la contrazione delle generazioni più giovani (Figura 2).

¹ Lo scenario "alto" prevede una graduale crescita della fecondità; una speranza di vita in crescita; un tasso di emigrazione costante rispetto al periodo 2003-07; un ammontare delle immigrazioni costante rispetto al periodo 2003-07 (54.000 immigrazioni annue) ed un tasso costante rispetto al periodo 2003-07 dei cambiamenti di domicilio.

Ciò evidenzia il progressivo invecchiamento della popolazione: il valore dell'indice di vecchiaia sarà pari a 183,5: quasi due anziani per ogni giovane con meno di 15 anni. Nello stesso tempo la proporzione di popolazione con più di ottanta anni passa dal 5,3 al 7,4 per cento.

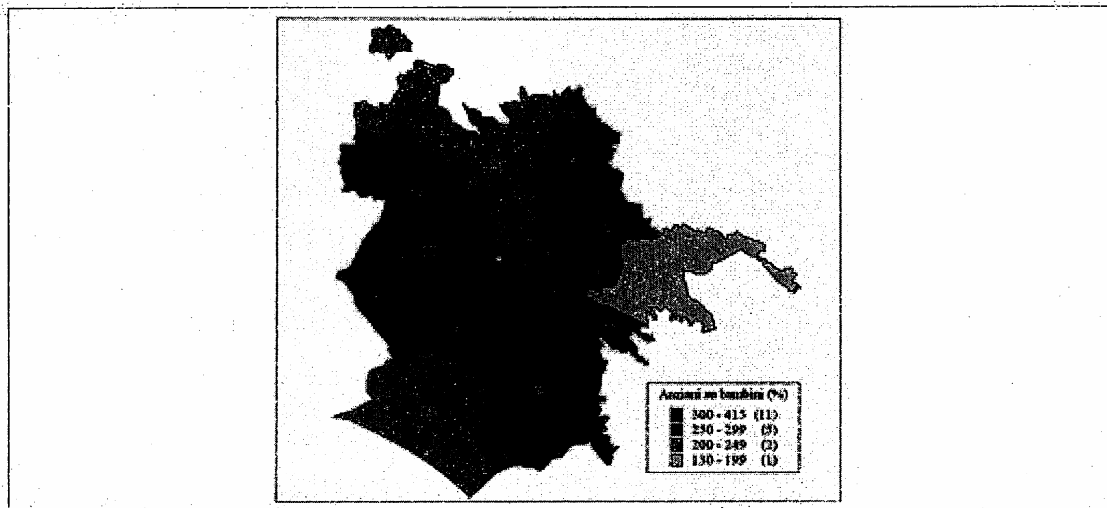
Figura 2. Popolazione di Roma al 2020. Struttura per sesso e per età. Scenario alto



Fonte: elaborazioni su dati del CISR e Ufficio statistico del Comune di Roma (2009)

Il processo di invecchiamento nei prossimi 10 anni caratterizzerà in particolare alcuni Municipi. Considerando l'indice di vecchiaia (Tab. 1), che misura il rapporto numerico tra anziani e giovani e che oggi si attesta su un valore pari a 162,9, il numero di Municipi con una più alta proporzione di ultrasessantacinquenni è destinato ad aumentare. Dagli attuali 4 Municipi (rispettivamente il III, il VI, il IX ed il XVII) che hanno un indice di vecchiaia compreso tra 299 e 370 - il più elevato della media romana - secondo le proiezioni si passerà agli 11 del 2020. Il valore dell'indicatore per questi Municipi previsto nell'ipotesi alta varierà tra 300 e 415. Il comune di Roma dovrà dunque convivere con una sempre maggiore presenza di anziani e predisporre le strategie di intervento in grado di far fronte alle necessità derivanti da questo progressivo invecchiamento.

Figura 3. Rapporto anziani-bambini nei Municipi del Comune di Roma. Proiezioni al 2020.



Fonte: elaborazioni su dati del CISR e Ufficio statistico del Comune di Roma (2009). Scenario alto

La tabella che segue riporta gli Indicatori di struttura della popolazione per Municipio e Roma al 2008 e al 2020.

Tab. 1 - Indicatori struttura popolazione per Municipio e Roma al 2008 e al 2020*

Municipi	Composizione per grandi classi di età (%)				Indicatori strutturali**		
	<i>P</i> ₀₋₁₄	<i>P</i> ₁₅₋₆₄	<i>P</i> ₆₅₊	<i>P</i> ₈₀₊	<i>I</i> _v	<i>I</i> _d	<i>I</i> _{da}
2008							
I municipio	10,3	68,9	20,8	5,9	203,0	45,1	30,2
II municipio	12,5	63,5	23,9	8,0	190,7	57,4	37,6
III municipio	11,1	65,1	23,9	7,8	215,6	53,6	36,6
IV municipio	12,2	65,5	22,3	5,8	182,7	52,6	34,0
V municipio	13,0	68,1	18,9	4,1	145,6	46,9	27,8
VI municipio	11,8	64,0	24,2	6,4	205,7	56,3	37,8
VII municipio	13,6	66,2	20,2	5,1	148,7	51,2	30,6
VIII municipio	15,5	69,8	14,6	3,0	94,5	43,2	21,0
IX municipio	11,2	63,6	25,2	7,9	224,4	57,3	39,6
X municipio	13,1	66,2	20,7	5,0	158,4	51,0	31,2
XI municipio	12,1	64,0	24,0	7,0	198,8	56,4	37,5
XII municipio	14,8	67,9	17,3	3,8	116,5	47,3	25,4
XIII municipio	15,4	67,7	16,9	3,6	110,2	47,8	25,0
XV municipio	13,0	65,7	21,4	4,6	164,6	52,3	32,5
XVI municipio	12,6	63,2	24,2	6,6	193,0	58,2	38,3
XVII municipio	10,6	63,3	26,1	8,4	245,3	58,1	41,3
XVIII municipio	13,2	65,4	21,4	5,6	161,9	52,8	32,7
XIX municipio	13,9	65,6	20,5	5,3	147,6	52,4	31,2
XX municipio	14,4	66,7	18,9	4,5	131,8	49,9	28,4
Roma (comune)	13,2	66,1	20,7	5,3	157,2	51,2	31,3
2020							
I municipio	9,2	70,1	20,7	6,2	225,4	42,6	29,5
II municipio	11,6	63,9	24,5	8,6	210,4	56,5	38,3
III municipio	10,7	64,0	25,3	8,6	236,2	56,2	39,5
IV municipio	12,1	62,9	25,0	8,3	207,5	59,0	39,8
V municipio	11,7	64,1	24,2	7,4	207,4	56,1	37,8
VI municipio	11,2	64,0	24,8	9,2	220,6	56,2	38,7
VII municipio	12,8	65,1	22,1	7,6	173,6	53,6	34,0
VIII municipio	14,8	68,6	16,6	4,8	112,2	45,7	24,1
IX municipio	10,6	63,5	26,0	9,2	245,5	57,5	40,9
X municipio	12,5	64,7	22,9	7,6	183,5	54,6	35,3
XI municipio	11,6	62,7	25,7	8,8	220,5	59,5	41,0
XII municipio	12,7	66,3	21,0	6,4	165,8	50,7	31,6
XIII municipio	13,9	66,0	20,0	5,9	143,6	51,4	30,3
XV municipio	12,0	64,3	23,7	7,9	197,6	55,6	36,9
XVI municipio	11,5	63,1	25,3	9,1	219,1	58,4	40,1
XVII municipio	10,1	62,2	27,7	9,9	274,2	60,9	44,6
XVIII municipio	12,4	64,7	22,9	8,0	185,0	54,6	35,4
XIX municipio	12,7	65,3	22,0	7,5	172,8	53,0	33,6
XX municipio	13,2	66,4	20,4	6,5	154,6	50,5	30,7
Roma (comune)	12,3	65,1	22,6	7,4	183,5	53,6	34,7

Fonte: elaborazioni su dati CISR e Ufficio statistico del Comune di Roma 2009

* Scenario "alto"; ** La legenda degli indicatori è nel glossario.

Nel 2008 i Municipi che presentano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi sono il XVII ($I_v = 245,3$), il IX ($I_v = 224,4$) e il VI ($I_v = 205,7$). L'unico Municipio in cui si rileva un valore dell'indice di vecchiaia inferiore a 100 è l'VIII ($I_v = 94,5$).

Lo scenario che si delinea nel 2020 prevede un aumento di tale indice in tutti i Municipi. Particolarmente critica appare la situazione al 2020 nel XVII Municipio, saranno, infatti, circa tre gli anziani per ogni persona con meno di 15 anni.

Analizzando i valori dell'indice di dipendenza è possibile avere un quadro del carico sociale della popolazione. Nel Comune di Roma, al 2008, su 100 lavoratori erano 51 le persone che non lavorano, di cui 31 anziani, nel 2020 saranno circa 54 di cui 35 anziani. Osservando i valori di tale indice nel dettaglio, il carico sociale più elevato si rileva in corrispondenza dei Municipi XVI e XVII ($I_d = 58,2$ e $I_d = 58,1$), quello più basso nel Municipio I ($I_d = 45,1$).

E' sempre il Municipio XVII a presentare uno scenario critico al 2020 in relazione all'indicatore del carico sociale: per 100 lavoratori circa 61 persone non lavoreranno, di cui 45 anziani.

Segue il Municipio XI, in corrispondenza del quale si osserva un valore dell'indice di dipendenza al 2020 pari a 59,5 e di quello di dipendenza degli anziani pari a 41,0 (tab. 1).

Glossario

Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

È un modulo che va compilato per la richiesta di alcuni servizi, è valida per la richiesta di prestazioni sociali agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130). Sulla base dei dati contenuti nella dichiarazione, combinando i redditi, i patrimoni e le caratteristiche del nucleo familiare, vengono calcolati due indicatori: l'indicatore della situazione economica (ISE) e l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) che permettono di valutare in maniera sintetica le condizioni economiche delle famiglie. La dichiarazione sostitutiva è un atto che il cittadino presenta assumendosi la responsabilità, anche penale, di quanto dichiara. Sarà compito dell'amministrazione controllare successivamente il contenuto della dichiarazione.

ISEE

Indicatore di situazione economica equivalente. Permette di misurare la condizione economica delle famiglie nella Repubblica Italiana. È un indicatore che tiene conto di reddito, patrimonio (mobiliare e immobiliare) e delle caratteristiche di un nucleo familiare (per numerosità e tipologia).

Indice di vecchiaia (I_v)

L'indice di vecchiaia è dato dal rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e la popolazione tra 0 e 14 anni di età. Valori dell'indicatore superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

Indice di dipendenza (I_d)

L'indice di dipendenza è dato dal rapporto tra la popolazione tra 0 e 14 anni e di 65 anni e più e la popolazione tra 15 e 64 anni di età. Valori dell'indicatore superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti in età non lavorativa rispetto a quelli in età lavorativa. Questo è un indicatore del carico sociale della popolazione.

Indice di dipendenza anziani (I_{aa})

L'indice di dipendenza degli anziani è dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la po-

polazione tra 15 e 64 anni di età. Valori dell'indicatore superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto a quelli in età lavorativa. Questo è un indicatore del carico sociale della popolazione anziana.

Normativa di riferimento

Sono cinque le Deliberazioni del Comune di Roma di riferimento in materia di interventi e servizi per le persone anziane. Si tratta di norme che in alcuni casi disciplinano interi settori di intervento dell'Amministrazione, in altri in maniera specifica gli anziani. Di seguito – in ordine cronologico - si richiama il titolo della Deliberazione e il suo contenuto in materia di persone anziane.

1. Deliberazione del Consiglio Comunale n.154 del 29 luglio 1997. Nuovo regolamento degli interventi assistenziali: "Interventi di sostegno al nucleo familiare e alla singola persona: progetto di intervento globale".
2. Deliberazione del Consiglio Comunale n. 163 del 6 e 7 agosto 1998. Approvazione del Nuovo Regolamento di intervento assistenziale: "Intervento di sostegno economico per il superamento dell'emergenza abitativa".
3. Deliberazione della Giunta Comunale n. 535 del 17 settembre 2002 "Approvazione in via sperimentale delle linee guida per l'applicazione ISEE per le prestazioni assistenziali non residenziali alle persone anziane".
4. Deliberazione del Consiglio Comunale n. 90 del 28 aprile 2005 "Regolamento Comunale per l'accreditamento di Organismi operanti nei Servizi alla Persona".
5. Deliberazione del Consiglio Comunale n. 479 del 30/08/06 "Approvazione degli schemi quadro dei "pacchetti di servizio" ai sensi dell'art. 9, commi 7 e 8, della deliberazione di Consiglio Comunale n.90/28 aprile 2005 Regolamento Comunale per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona".
6. Delibera G.C. n° 8 del 10/01/2007 "Progetto sperimentale per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani per l'istituzione del Registro Cittadino delle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate".
7. Delibera Giunta Regionale n° 6078 del Dicembre 1999, recante l'indicazione degli standard strutturali e gestionali delle Case di Riposo, Case Albergo, Comunità Alloggio per Anziani e Case Famiglia.
8. Legge n° 328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – e specificatamente gli art. 9, comma 1, lettera c), e 11, comma 1, che prevedono la fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale.
9. D.M. n. 308 del 21/05/2001, concernente il regolamento dei "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della Legge n° 328/2000".
10. Legge Regionale n. 41 del 12 dicembre 2003 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali".
11. Deliberazione G.R. n. 1305 del 23/12/2004 "Autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'art. 11 della L.R. n. 41/2003.
12. Regolamento Regionale n. 2 del 18/1/2005 "Regolamento di attuazione dell'art. 2 della L.R. n. 41/2003 "Modalità e procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali.
13. Delibera di Consiglio Comunale n. 35 del 15/03/04 (Adozione del Primo Piano Regolatore Sociale della città di Roma). Il Piano Regolatore Sociale contiene linee guida che riguardano

strutture residenziali quali case di riposo, comunità alloggio, case famiglia e case albergo, nonché strutture a ciclo semiresidenziale come Centri diurni Alzheimer e Residenze temporanee di sollievo. Rispetto alle strutture residenziali, nelle linee guida sono specificati i requisiti generali, gestionali, strutturali, l'organizzazione della vita comunitaria; rispetto a quelle semiresidenziali sono specificati solo i requisiti generali, gestionali e strutturali.

14. Deliberazione della Giunta Comunale n. 730 del 20 dicembre 2006 "Approvazione dello schema quadro di intesa formale per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare alla persona, ai sensi dell'art. 9 comma 10 della deliberazione Consiglio Comunale n. 90 del 28 aprile 2005 "Regolamento comunale per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona".
15. Deliberazione G.C. n. 521 del 12/10/2005 "Sperimentazione di un pacchetto di servizi rivolto ad anziani non autosufficienti seguiti a domicilio da assistenti familiari", cui si aggiunge la D.D. n. 748/2005 "Istituzione in via sperimentale e provvisoria del Registro cittadino di accertamento degli assistenti familiari per anziani.
16. Deliberazione G.C. n. 468 del 10/10/2007 "Applicazione dell'art. 10, comma 1, della deliberazione n. 237/2000 dell'Autorità per l'Energia Elettrica e il Gas...", che ha previsto una serie di interventi connessi alla fornitura del gas, sia municipali che centrali, tra i quali "A casa sicuri".

Per quanto riguarda la normativa di riferimento in ambito regionale, finalizzata all'integrazione socio-sanitaria nei servizi territoriali si segnalano:

- Legge regionale n. 38/1996. Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 860/2001. Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l'attuazione del primo piano socio-assistenziale.
- Legge regionale n. 41/2003. Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali.
- Legge regionale n. 30/2008. Istituzione del servizio gratuito di teleassistenza e di telesoccorso sanitari per gli anziani, per i disabili portatori di handicap grave e per gli ammalati cronici non ospedalizzati

I servizi e gli interventi sociali per le persone anziane a Roma

In questa parte si è cercato di ricostruire il quadro dei servizi e degli interventi attualmente promossi dalle Istituzioni a sostegno delle persone anziane. Si tratta di un lungo elenco di misure e servizi che sono erogati da più soggetti: Comune di Roma (Dipartimento e Municipi), Aziende Sanitarie, Provincia di Roma, e Organismi di Terzo Settore.

Le tipologie dei servizi di seguito elencati, possono essere classificate in:

- ✓ sostegno alla domiciliarità
- ✓ sostegno economico
- ✓ servizio di informazioni e orientamento
- ✓ servizi per soluzioni alloggiative
- ✓ servizi di trasporto
- ✓ aiuto alla socializzazione
- ✓ altri

Alcuni servizi hanno rilevanza cittadina, altri sono legati alla territorialità municipale. In particolare, sono servizi, progetti e misure di sostegno economico coordinati a livello centrale, e gestiti per lo più dal Dipartimento, quelli sotto elencati:

- "A casa sicuri",
- "Amico Bus",
- Bonus Affitto,
- Case di riposo comunali,

- Contributo una tantum per Gas (Del G.C. 468/2007),
- “Insieme si può”,
- “Mobility Card”,
- “Nonna Roma”, “Pony della Solidarietà” e “Pronto Nonno”,
- Riduzione o esenzione al pagamento per la tariffa rifiuti,
- SAVeR,
- Soggiorni estivi,
- “Telecompagnia” e “Telemonitoraggio”,
- Tessera Metrebus a tariffa agevolata e Tessera gratuita per gli over 70,
- “Trambus abile”,
- “Un amico per la Città”,
- Soggiorni diurni estivi “Oasi”,
- Interventi di socializzazione (attività culturali, ricreative, sportive),
- Progetti europei di volontariato senior.

Altri servizi sociali per anziani hanno rilevanza e accesso territoriale, e solo legati al territorio di residenza del cittadino. Questi vengono promossi dai Municipi, anche se spesso si tratta di strutture gestite da altri soggetti pubblici e/o privati:

- Accesso alle Case di riposo private,
- Assistenza alloggiativa (Del. C.C. 163/1998),
- Assistenza domiciliare,
- Centri Alzheimer,
- Centri Anziani,
- Centri diurni Anziani fragili,
- Contributo anziani (Del. C.C. 154/1997),
- Dimissioni protette,
- RSA.

Altre iniziative operative

Pronto Nonno

“Pronto Nonno” è un numero verde telefonico dedicato alle persone anziane (over-65) del Comune di Roma, che possono chiedere una serie di informazioni, dai servizi di aiuto alle iniziative ricreative, sconti per teatri, servizi medici, agevolazioni legate al trasporto pubblico e, in vista dell'estate, un aiuto a fronteggiare l'emergenza caldo.

Il numero verde 800 147 741 è attivo h24 e alla risposta l'anziano ha l'opportunità di parlare con l'operatore, il quale fornisce informazioni sui servizi del Comune di Roma. In caso di malessere fisico, l'operatore, che dispone di una rete di collegamento, passa la telefonata al Nucleo Sanitario della Protezione Civile, che valuta con un breve colloquio telefonico la situazione dell'anziano e l'intervento più opportuno.

“Pronto Nonno” si pone, dunque, come risposta alle esigenze degli anziani, appartenenti a qualsiasi fascia sociale, che preferiscono il mezzo telefonico come sistema comunicativo per accedere alle informazioni necessarie. L'innovatività del servizio risiede nelle seguenti caratteristiche:

- tipologia delle informazioni rilasciate, centrate soprattutto sulla prevenzione della salute, sul benessere psico-fisico, sulla sicurezza domestica e urbana;
- coniugazione dell'attività di call center con il contatto telefonico diretto;
- creazione di un processo di feed-back tra utente e operatore, per cui l'operatività del call center non sarà semplicemente passiva, ma anche attiva, offrendo all'utente anziano non solo il servizio richiesto, ma stabilendo con lui una relazione, espressione della cura e

dell'interessamento del servizio verso la sua persona.

I tempi di attesa medi per il contatto con l'operatore sono di circa 3 minuti.

Nonna Roma e Social Bus - Servizio di trasporto gratuito per anziani

"Nonna Roma" è un progetto interno alla "Casa del Volontariato" che fornisce un servizio di trasporto gratuito a prenotazione di persone con più di 65 anni per visite mediche, terapie, visite al cimitero.

Socialbus nasce dall'esigenza di molti anziani di avere una persona che li accompagni alle frequenti visite mediche, ed anche un mezzo idoneo di cui poter usufruire per recarvisi. A tal fine, nell'ambito di una serie di attività promosse di concerto tra la Asl/RmA e il II Municipio, è stato costituito un comitato di beneficenza che, attraverso iniziative culturali, ha provveduto alla raccolta dei fondi destinati all'acquisto di un automezzo necessario per il trasporto degli anziani. In questo comitato ha avuto parte attiva la Consulta del Volontariato del II Municipio. L'acquisto del pulmino, messo a disposizione dei cittadini anziani del II Municipio, rappresenta una risorsa aggiuntiva a quella già radicata nel territorio romano del servizio "Nonna Roma" che, essendo però a disposizione dei cittadini anziani dell'intero Comune, richiede necessariamente dei lunghi tempi di attesa.

I destinatari del servizio sono gli anziani del II Municipio, in condizioni di fragilità, parzialmente autosufficienti o ai limiti della parziale autonomia, segnalati dai servizi territoriali e/o dalle associazioni di volontariato che operano sul territorio. I cittadini anziani possono accedere al servizio in maniera autonoma o attraverso la segnalazione di un familiare, attraverso il call center (06.8540928) attivo il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9,00 alle 13,00; il martedì e il giovedì dalle 15,00 alle 18,00. Nell'orario in cui non è prevista la presenza dell'operatore telefonico è sempre attiva una segreteria telefonica. I cittadini che lasciano registrate le loro richieste vengono richiamati per le necessarie informazioni ed accordi entro le successive 24 ore feriali. Si presta attenzione ad ottimizzare il servizio di trasporto. Ad esempio, nel caso in cui più anziani si debbano recare lo stesso giorno in orari compatibili presso lo stesso presidio, si organizzano accompagnamenti di gruppo.

Insieme si può

Il progetto "Insieme si può" realizza interventi e fornisce contributi economici a favore delle persone anziane non autosufficienti o parzialmente autosufficienti assistite a domicilio da collaboratori familiari.

Il servizio di segretariato sociale offre aiuto alle famiglie nella ricerca - attraverso il Registro degli Assistenti Familiari per Anziani del Comune di Roma - e nell'assunzione di personale formato e in possesso di specifici requisiti in materia, attraverso corsi di formazione gratuiti sulle tematiche del lavoro di cura delle persone anziane.

Per mettersi in contatto con il servizio informativo, è attivo il Call Center ai numeri 06/44341246 e 06/44340710, dal lunedì al giovedì dalle 8,30 alle 17,30 e il venerdì dalle 8,30 alle 14,00.

I corsi di formazione, realizzati dall'Azienda ospedaliera San Camillo/Forlanini e dall'Istituto Fernando Santi, hanno una durata di circa due mesi e prevedono una frequenza di due volta alla settimana.

I contributi economici e interventi in favore delle persone con più di 65 o da anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, che hanno assunto un assistente familiare per un minimo di 25 ore settimanali, e con un valore Isee non superiore ai 23.240,56 euro, vanno da un valore massimo di 450,00 euro mensili e vengono erogati per un periodo di 12 mesi in via sperimentale. Il pacchetto di interventi consente inoltre di usufruire di sostituzioni gratuite nelle ore in cui l'assistente familiare è impegnato nel corso di formazione.

L'iscrizione al Registro Cittadino degli Assistenti Familiari può essere richiesta da persone disponibili a lavorare con gli anziani, con età superiore ai 18 anni e che abbiano assolto l'obbligo scolastico, con una conoscenza di base della lingua italiana e con permesso di soggiorno per motivi di lavoro se stranieri, che abbiano frequentato un corso nell'area dell'assistenza alla persona o possiedano una qualifica professionale attinente.

Appartamenti autogestiti

Nel marzo 1996 ha preso avvio il "Progetto Insieme", un programma di reinserimento lavorativo e abitativo per persone senza fissa dimora con problematiche psichiatriche, finanziato dalla Comunità europea. Il progetto si proponeva di coinvolgere 15 persone in età compresa tra i 25 e i 50 anni con diagnosi psichiatrica. Da questa esperienza sono nati 3 appartamenti autogestiti. Nel tempo, il progetto si è trasformato, ma gli appartamenti sono rimasti e attualmente ospitano complessivamente 13 persone. Si tratta prevalentemente di persone anziane particolarmente svantaggiate economicamente e socialmente, con un buon grado di autonomia gestionale e in grado di relazionarsi in modo positivo all'interno dell'appartamento, valorizzando le proprie risorse personali in un clima di collaborazione.

Gli appartamenti, situati in un condominio in zona Prenestina, ospitano dalle 3 alle 5 persone, sono composti da stanze singole o doppie e da spazi comuni.

Il successo del progetto è determinato anche dal fatto che le persone selezionate per gli appartamenti autogestiti hanno compiuto precedentemente un percorso nelle altre strutture di accoglienza della Caritas, durante il quale hanno avuto l'opportunità di essere seguite e accompagnate dal servizio psico-sociale e dagli operatori delle strutture. È così possibile cogliere le potenzialità di ciascuno e comprenderne le affinità, andando a costituire degli appartamenti con una composizione omogenea, favorendo così un clima collaborativo.

Finora i risultati sono stati positivi: la conflittualità interna è ridotta al minimo e la convivenza viene vissuta come un vantaggio per tutti. Ciò consente una supervisione leggera da parte di un operatore esterno, che periodicamente visita la struttura e si relaziona con i diversi ospiti in base al progetto individuale, favorendo l'autonomia, le risorse e l'iniziativa di ciascuno.

Un'esperienza di reciproco scambio e arricchimento tra Pubblica Amministrazione e Terzo settore

Il Servizio Sociale del Municipio XIII, nel mese di novembre del 2009, ha promosso tre incontri con i rappresentanti delle strutture residenziali per anziani autorizzate, con l'obiettivo di ricercare un dialogo tra strutture e servizio sociale per migliorare l'offerta dei servizi sul territorio. L'intento del Servizio era di riflettere sulla possibilità di creare una rete con la comunità territoriale (famiglie e organizzazioni di volontariato) per la condivisione delle esperienze, cercando di stimolare nelle strutture l'attivazione di laboratori, attività socializzanti e di attivazione di capacità nelle persone anziane ospiti.

Il Servizio temeva una scarsa partecipazione, visto che nei mesi precedenti aveva adottato decisioni sanzionatorie nei confronti delle strutture non in regola con la normativa (Legge Regionale 41/2003). Invece la partecipazione è stata ampia: nell'ultimo incontro hanno partecipato 21 strutture, che rappresentano una buona parte delle strutture presenti sul territorio del Municipio.

Nei tre incontri i temi al centro della discussione sono stati: la formazione degli operatori, i costi da sopportare per le strutture per la ricerca degli operatori socio sanitari, il difficile reperimento di queste figure professionali, la possibilità di organizzarsi per chiedere alla Regione una proroga ai tempi di scadenza dati dalla Legge Regionale 41/2003, le difficoltà da affrontare soprattutto da parte delle piccole comunità alloggio per tenere l'equilibrio di gestione nel rispetto della normativa. Alcune strutture si sono fermate a riflettere su come affrontare la eventuale chiusura nel febbraio 2010. Già dal secondo incontro alcune strutture annunciavano di aver assunto psicologi in condivisione con altre, con cui avevano preso contatto nei precedenti incontri.

Questa esperienza ha dimostrato come quando il Servizio Sociale municipale si apre al territorio, ponendosi al fianco degli operatori dei servizi, questo rafforza, stimola, l'integrazione, la collaborazione e la co-progettualità di tutti.

Nodi da sciogliere ed elementi di criticità

L'esplosione delle liste d'attesa per l'assistenza domiciliare

Nel rapporto quotidiano con gli anziani l'assistenza domiciliare costituisce uno dei servizi più richiesti cui si associano purtroppo lunghe liste di attesa nella maggior parte dei Municipi. L'attesa,

che a volte si può prolungare anche di due o tre anni, rappresenta una reale difficoltà: nel frattempo le persone anziane peggiorano nel loro stato di salute, diventano definitivamente non autosufficienti, a volte muoiono prima ancora di aver usufruito del servizio.

A tal proposito vale la pena analizzare il processo attraverso il quale l'anziano richiede di accedere al servizio di assistenza domiciliare e ai servizi semi-residenziali come il Centro diurno per anziani fragili o al Centro Alzheimer, per cercare di comprendere, in base alla normativa vigente, le ragioni del vertiginoso aumento della domanda e i criteri che i Municipi stanno adottando per cercare di identificare le situazioni da trattare in via prioritaria. L'anziano, per accedere a questi servizi, già al momento della domanda deve presentare il DSU (Dichiarazione dello stato economico reddituale e patrimoniale) presso il servizio sociale del Municipio di residenza.

Per poter beneficiare degli interventi pagherà una quota proporzionale al suo stato reddituale, calcolato secondo l'indicatore ISEE o ne sarà esonerato, in applicazione della Delibera di Giunta comunale n. 535 del 12 settembre 2002. Con questo atto il Comune di Roma ha voluto promuovere i servizi rivolti a quella parte di popolazione anziana che, a motivo della non autosufficienza e/o della solitudine (assenza di reti formali e informali di aiuto), è a maggior rischio di istituzionalizzazione, introducendo così una misura mirante a salvaguardare la sua permanenza nella propria abitazione, non limitandola ai soli anziani con reddito mensile minimo, ma valutando la priorità in base al bisogno assistenziale.

Per quanto attiene alle fasce di contribuzione, si tiene conto del sistema di accreditamento per i servizi alla persona di cui alla Delibera di Giunta comunale n. 1532 del 30 dicembre 2000 che prevede il c.d. "pacchetto di servizi", per definire la quantità e l'intensità degli interventi assistenziali previsti nella Delibera di G. C. n. 479, escluso il servizio di "dimissione protette" per i 60 giorni successivi alla data di effettivo inizio del servizio.

Sono inoltre esclusi i servizi e le agevolazioni sociali assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria, rivolte a persone con disabilità permanente grave di cui alla legge n. 104/92, nonché i soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalla commissione di 1a istanza della Asl di appartenenza.

Per ogni servizio o insieme di prestazioni, il valore ISEE al di sotto del quale all'utente non si può chiedere alcun contributo, è stato fissato a 6.714 euro. Le quote contributive sono determinate in base ad una progressione ottenuta, per le fasce di utenti con valore Isee più basso, con incrementi minimi. In considerazione del fatto che la permanenza della persona presso la propria abitazione costituisce uno degli obiettivi prioritari degli interventi a favore degli anziani, sono state introdotte ulteriori agevolazioni, come ad esempio una detrazione fino a 7470 euro per i proprietari della casa in cui vivono e una detrazione fino a 1040 euro per coloro che vivono in locazione. Con l'introduzione della normativa e l'informazione che ne è conseguita, l'anziano in condizioni di non autosufficienza o bisognoso di aiuto si è rivolto sempre più spesso ai servizi sociali per ottenere gli interventi idonei e ciò ha comportato l'esaurimento dei fondi messi a disposizione dall'amministrazione senza che fossero soddisfatte tutte le richieste giunte.

I Municipi, tenuto conto della domanda e dell'esplosione delle liste di attesa per l'assistenza domiciliare, hanno stabilito criteri di priorità, sulla base delle indicazioni della Legge 328/2000 (persone con DSU più basso, anziani senza reti familiari, anziani a rischio di emarginazione sociale, ecc.).

Sul tema della assistenza domiciliare, si auspica, come annunciato, una rivisitazione del sistema che consenta un miglior utilizzo delle risorse disponibili.

Il difficile adeguamento strutturale delle Case di riposo e delle Comunità alloggio

Le case di riposo o comunità alloggio previste dalla Legge Regionale 41 del 2003 prevedono l'ingresso di persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Tali strutture sono per la mag-

gior parte strutture private, cui le persone possono accedere liberamente con contratti privati o sono convenzionate col Comune di Roma ed accolgono persone con retta a parziale carico del Comune.

Da alcuni sopralluoghi presso tali strutture si rileva la presenza quasi totale di anziani della quarta età, ossia persone di oltre 90 anni, di solito sistemati in carrozzina, comunque bisognosi di assistenza, che pagano rette molto alte: da mille a duemila euro, con la propria pensione e con l'aiuto dei familiari, e la cui condizione è al limite della compatibilità con tali ambienti. Gli anziani che usufruiscono del contributo per il pagamento della retta sono peraltro pochi, se rapportati al numero dei presenti nelle numerose case di riposo e comunità alloggio dislocate sul territorio cittadino; ciò perché la retta a carico del Comune non è più adeguata né al limite di reddito previsto per l'accesso alla domanda, né nella quota limite fissata per l'integrazione retta, dati gli importi chiesti dalle società che gestiscono le strutture. Inoltre è esaurita l'attività di calmieramento del prezzo della retta, che era riservata al Dipartimento Politiche sociali.

Ulteriore elemento di potenziale criticità è costituito dal fatto che molte strutture - nonostante le sollecitazioni da parte del Comune, delle ASL e della Pubblica Sicurezza - non si sono adeguate agli standard della L. R. 41/2003, pur avendo avuto 5 anni per la regolarizzazione strutturale, organizzativa, di formazione del personale, di sicurezza ambientale.

Ristrutturazioni che sarebbero potute avvenire gradualmente, dilazionate nel tempo, si stanno avviando solo ora, provocando tra l'altro la chiusura delle strutture per i lavori di ristrutturazione e il conseguente "trasloco" di molti anziani.

E' da rilevare tra l'altro che in molti casi le UOSECS sono nell'impossibilità di rilasciare le autorizzazioni richieste in quanto molte strutture attualmente funzionanti non sono in possesso della certificazione di abitabilità, dal momento che sono ancora in attesa di condono per abuso edilizio. Gli uffici che le debbono concedere non rilasciano tempestivamente quanto dovuto, nonostante l'utilizzo della formula dell'urgenza.

Vi sono problemi anche sul versante delle professionalità richieste. Sul mercato non sono facilmente reperibili le figure con la formazione prevista dalla normativa regionale (ad esempio gli operatori socio-sanitari). I corsi attivati dalla Regione Lazio sono insufficienti e quelli privati risultano molto onerosi.

Si aggiunge a questo l'abitudine delle strutture di ampliare il numero degli anziani accolti rispetto al numero concesso su parere tecnico sanitario, facendo vivere le persone in condizioni di sovraffollamento, in condizioni igienico-sanitarie precarie, assistite da personale senza titolo professionale specifico e talvolta senza alcun tipo di formazione. Queste strutture dovrebbero adeguarsi a quanto disposto dalla L.R. n°32 del 24/12/2009, art. 10, che prevede un ulteriore anno di proroga (rispetto al termine fissato dalla L.R. 41/2003 per febbraio di 2010), fino al 10/2/2011.

Bisognerebbe, infine, valutare l'opportunità di modificare i criteri di calcolo del contributo retta a favore di anziani ospiti di Strutture residenziali, disciplinati dalla D.D. n. 749/2000 del Dip.to V, adeguandoli all'aumento del costo della vita nei 10 anni trascorsi, con conseguente aumento dei finanziamenti ai Municipi per tale competenza.

Anche su questo tema, si attende l'annunciata riforma del sistema delle case di riposo, anche qui finalizzata ad un miglior utilizzo delle risorse disponibili.

Inappropriatezza delle condizioni di accesso nelle RSA per gli anziani in gravi condizioni di fragilità sociale

Le RSA sono insufficienti sul territorio romano. Per potervi accedere, nei Distretti sanitari ci sono liste di attesa fino a 5 anni. I costi ormai risultano alti per l'utenza, per i loro familiari, per i bilanci

comunali e sanitari. In caso di urgenza l'anziano è costretto a migrare fuori del territorio comunale, provinciale e talvolta regionale.

Si pone inoltre un altro problema riferito al difficile inserimento in RSA di persone anziane in gravi condizioni di disagio sociale, in carico ai centri di accoglienza del Terzo Settore. Nonostante la valutazione positiva del CAD per l'inserimento in RSA, la condizione per cui un parente deve farsi carico di seguire la persona assistita riduce, quando non azzerava del tutto, le possibilità dell'anziano di essere accolto. Infatti, in assenza di familiari viene negata l'accoglienza. La Caritas sta verificando la possibilità di superare questo problema ricorrendo alla figura dell'*amministratore di sostegno*, per l'ottenimento del quale però spesso i tempi sono lunghi.

Inappropriatezza dei requisiti previsti dalla normativa per l'accesso nelle Case di riposo per gli anziani in gravi condizioni di fragilità sociale

Ancora una volta è la Caritas a segnalare la difficoltà incontrata nel tentativo di inserire in Casa di riposo i propri ospiti. Infatti, gli anziani ospiti della Caritas, difficilmente rispondono ai requisiti richiesti per l'accoglienza in tali strutture. I requisiti prevedono che l'ospite non faccia uso di alcol, che non abbia problemi di tipo psichiatrico, che non abbia precedenti penali, che sia totalmente autosufficiente. Inoltre, nel caso in cui tali requisiti siano soddisfatti, all'ospite - così come previsto nella maggior parte di quanti entrano nelle Case di riposo comunali - che in genere vive con l'assegno sociale e può contare su un reddito che oscilla dai 400 ai 600 euro, è richiesto di versarne il 70% a titolo di retta. Questo comporta che l'anziano ponga una serie di resistenze a tale inserimento, anche quando ve ne siano le condizioni. Questo fatto pregiudica il *turn over* delle presenze nei centri di accoglienza, che finiscono per diventare dei cronici. Si potrebbe pensare di prevedere una quota di retta crescente proporzionalmente al reddito dell'ospite, così da lasciare a chi percepisce una disponibilità economica sufficiente a soddisfare piccoli bisogni quotidiani.

Si segnala, inoltre, la presenza della struttura "Casa Vittoria", la quale non è una Casa di Riposo, ma una struttura denominata di "2^ Accoglienza": una struttura a carattere residenziale destinata ad anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti privi di reddito i quali vi risiedono a titolo gratuito in attesa dell'erogazione di pensione sociale o riconoscimento invalidità civile, ed il cui accesso avviene mediante segnalazione dei servizi sociali.

Piste di lavoro

A partire dall'esperienza sul campo degli esperti del Gruppo di lavoro, è stato possibile evidenziare una serie di bisogni sociali ai quali ancora il sistema dei servizi socio-assistenziali territoriali non riesce a dare adeguate risposte. Alcuni di questi bisogni sono già ben noti agli operatori e all'Amministrazione; altri possono considerarsi *emergenti*, in quanto esprimono forme di disagio nuove, per le quali l'Amministrazione dovrà studiare idonee misure di policy per fronteggiarle tempestivamente per prevenirle e ridurre gli effetti negativi.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare - abbattimento delle liste di attesa

Nel rapporto quotidiano con gli anziani l'Assistenza domiciliare rappresenta uno dei servizi più richiesti. Come è stato evidenziato nelle pagine precedenti, tuttavia, a fronte della domanda dei cittadini persiste una evidente insufficienza del sistema dei servizi a rispondere a tale bisogno. Si allungano, così, le liste di attesa (che arrivano a registrare fino a 450 utenti in attesa) e a volte occorre attendere fino a due o tre anni per accedere al servizio. Si tratta per lo più di donne, ultraottantenni, che vivono sole e presentano una elevata fragilità dovuta, oltre che a ragioni economiche, alla presenza di malattie croniche e invalidanti.

All'interno dei Piani di zona sono stati proposti molti servizi per l'abbattimento delle liste di attesa. I Municipi, con risorse economiche sempre più limitate rispetto al bisogno, negli ultimi anni hanno attivato e sperimentato servizi di assistenza leggera in carico sia a volontari sia a organismi del terzo settore, tesi al sostegno per la spesa, al disbrigo di pratiche, alla preparazione dei pasti, all'acquisto

di farmaci, alla teleassistenza. Tali servizi tuttavia non sono strutturati e neanche convenzionati (cfr. punto successivo). Per altro, rimangono inevase le richieste di assistenza alla persona non autosufficiente, bisognosa di cura e di relazioni. In diversi Municipi sono stati inoltre attivati servizi di assistenza domiciliare di tipo specialistico: per malati oncologici, per malati di Alzheimer e demenze correlate, assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria.

Ma non basta. Le famiglie (laddove sono presenti) debbono trovare soluzioni alternative nell'attesa di poter accedere al servizio: essenzialmente ricorrendo al mercato privato delle badanti (a lungo orario o fisse). Nonostante queste soluzioni rimane il bisogno di assistenza domiciliare per la sostituzione delle badanti, nel momento in cui hanno il giorno libero, nel momento in cui si assentano per brevi o lunghi periodi per tornare a loro paese o per altri problemi. In molti casi la famiglia necessita di un aiuto nella gestione degli avvicendamenti tra una badante e l'altra e a volte di un vero e proprio coordinamento delle badanti presenti in un domicilio per garantire un'accettabile qualità della vita sia alla persona anziana malata, sia al care giver convivente. In alcuni casi si può trattare di un coniuge, in altri di una sorella, un fratello o un figlio. In questo senso un altro bisogno a volte rappresentato a cui si risponde con difficoltà è la possibilità di fornire residenze di sollievo in cui ospitare l'anziano con patologie gravi al momento in cui il care giver ha bisogno di tempo per prendersi cura di sé.

Formalizzazione degli interventi di assistenza domiciliare leggera

Gli operatori chiedono di rendere strutturale l'assistenza domiciliare leggera, potenziando l'integrazione tra livelli di assistenza già strutturata e convenzionata. Attualmente non sono stati pubblicati bandi pubblici che riconoscano questi servizi come parte del sistema integrato di intervento locale per gli anziani. Del resto, gli organismi coinvolti affermano che si tratta di interventi molto richiesti dalla cittadinanza.

Potenziamento e integrazione delle misure di assistenza di anziani con Alzheimer

I Centri diurni Alzheimer, che non sono presenti in tutti i Municipi, rispondono ai bisogni di persone con problematiche di lieve o al massimo media gravità. Ma quando la malattia incede verso stadi più gravi, l'insufficienza di questa misura di sostegno si fa evidente, facendo emergere la necessità di una sua integrazione con risorse di tipo domiciliare o, nei casi più gravi, di strutture di tipo residenziale per brevi periodi di sollievo o per periodi che si possono prolungare in relazione al livello di riduzione dell'autosufficienza dell'anziano in carico ai servizi.

Potenziamento del servizio di trasporto per accompagnamento

Un bisogno caratteristico della città di Roma è quello del trasporto in particolare per l'accompagnamento alle visite mediche, ma anche per ogni altro tipo di spostamento, per andare a trovare un amico o un familiare, per fare acquisti, ecc. Roma è una città con un traffico congestionato e piena di barriere architettoniche: per chi ha problemi di deambulazione anche lievi ciò rappresenta un problema a volte insormontabile. Una risposta efficace, ma spesso insufficiente, è stata data con "Nonna Roma" a cui è seguita la sperimentazione del "Social bus" nel II Municipio.

Potenziamento degli strumenti di informazione e comunicazione con gli anziani fragili

Un'altra domanda sociale, alla quale il sistema dei servizi non ha ancora dato piena risposta, concerne il bisogno di informazione da parte degli anziani sui loro diritti, soprattutto in questo momento storico in cui i cambiamenti normativi sono molto frequenti. Si tratta di richieste di informazioni, ad esempio, sulle agevolazioni di cui possono usufruire per l'età o su come integrare le pensioni minime e quelle sociali con contributi a cui possono avere diritto o ancora su come essere aiutati in caso di sfratto o di contenziosi vari o ancora su come fronteggiare la burocrazia che invia a casa moduli che non capiscono.

La rete "Penelope" – che offre una concreta risposta a tale bisogno – opera però solo in 10 Municipi.

Creazione di servizi di contrasto all'isolamento e alla solitudine - sostegno relazionale e promozione dell'invecchiamento attivo (active ageing)

Una persona anziana sola, senza figli, non può contare su aiuti certi di familiari, talvolta può mancare di informazione sui servizi erogati, può non essere in grado di attivare la richiesta, oppure per ottenere una forma di assistenza si rivolge al mercato dei privati o ad associazioni di volontariato.

Tale categoria di persone oltre ad essere numericamente rilevante si trova spesso in situazioni caratterizzate da elevata problematicità: le condizioni economiche, relazionali e fisiche di coloro che vivono soli sono sovente di estrema povertà. La scarsità del reddito pensionistico di tale categoria è dovuta alla netta predominanza in essa delle vedove, le quali o non hanno mai lavorato oppure hanno alle spalle carriere lavorative brevi.

Qualora insorgano la perdita dell'autonomia fisica, la malattia o altri fattori problematici, che richiedono spese supplementari, esse si trovano sprovviste di mezzi per farvi fronte. Intorno all'anziano l'ambiente si impoverisce per la mancanza di impegni, per l'inadeguatezza delle condizioni sociali oppure per la limitazione nello svolgimento delle loro attività quotidiane.

La scarsa attività si accompagna a riduzione della capacità di prestazione muscolare e aumenta il rischio di cadute con conseguente perdita di sicurezza, isolamento sociale, vuoto relazionale e causa di molte complicazioni per la vita dell'anziano e restrizione dell'attività quotidiana, che porta ad un cambiamento drammatico della vita dell'individuo, riducendone l'autosufficienza fino anche ad una totale dipendenza che porta all'ospedalizzazione o ad una istituzionalizzazione impropria.

Se una percentuale così alta di anziani vive sola ci si chiede se le patologie che li affliggono sono gravi, se sono ufficialmente diagnosticate e tutelate economicamente con una indennità di accompagnamento. Anche qui il quadro è complicato, poiché a fronte di una quota di anziani (dal 40% al 50%) la cui patologia è riconosciuta con una indennità di accompagnamento, ne esiste una quota ancora rilevante che, pur in presenza di patologie rilevate dal servizio sociale, con certificazione del medico curante (ad es. amputazione arti, demenza, cardiopatia, trombosi, sclerosi, fratture, problemi oncologici, ecc.), non ricevono alcun sussidio per la loro situazione sanitaria, che spesso non è migliore rispetto a coloro che hanno una invalidità riconosciuta.

Ospitalità per coppie di anziani

In questi ultimi anni, è capitato spesso di ospitare coppie di coniugi. Sono situazioni molto delicate e tristi: dopo una vita passata insieme a casa propria, improvvisamente si ritrovano ad essere ospitati in centri di accoglienza diversi, oppure, se va bene, nella stessa struttura, ma in due zone separate. Il fatto di essere una coppia, invece, è un punto di forza su cui fare leva per affrontare le difficoltà derivanti dalla nuova sistemazione. Lo si è visto, ad esempio, quando le coppie sono state collocate in una casa famiglia, dove tornavano a vivere insieme. Nei casi in questione, l'opportunità di ritrovarsi ha rinforzato la loro volontà di uscire dalla situazione di crisi mettendo a frutto tutte le risorse disponibili.

Misure di sostegno per persone in età 60-65: non più adulti, non ancora anziani

Col tempo, la Casa di accoglienza "Santa Giacinta", inizialmente organizzata come struttura di emergenza e quindi attiva solo nelle ore notturne (così come ancora oggi prevede la convenzione con il Comune di Roma), per volontà della Caritas e per riempire un vuoto evidente nella tipologia dei servizi, è andata modificandosi nell'offerta, fino ad arrivare a essere aperta tutto il giorno, escluse poche ore la mattina, quando però resta a disposizione degli utenti un centro diurno. Di conseguenza, anche il target dell'utenza è cambiato, poiché sono stati preferibilmente accolti i soggetti più fragili e in particolare gli ultrasessantenni con problematiche di disagio sociale grave.

In questi ultimi tempi, in linea con tutte le analisi sulle povertà, arrivano a questa struttura non soltanto persone con alle spalle storie di strada e di emarginazione, ma anche soggetti che hanno condotto una vita "regolare", fatta di lavoro e di casa, e che per una serie di incidenti sociali (licenzia-

mento, sfratto, separazione, ecc.) si ritrovano senza più nulla.

La permanenza in questa casa dovrebbe essere di breve-medio periodo. Ciò non avviene, perché è molto difficile trovare soluzioni alloggiative diverse. L'effetto è quello del blocco del *turn over*, con permanenze che durano lustri e il conseguente sbarramento ai nuovi accessi.

Le difficoltà maggiori si riscontrano per coloro, soprattutto uomini, che approdano al centro intorno ai 60 anni. Di solito non hanno alcun reddito: è impensabile che possano essere ricollocati sul mercato del lavoro, non percepiscono ancora la pensione, difficilmente usufruiscono di sussidi economici poiché sono considerati *adulti* e non *anziani* e i fondi di aiuto al reddito che di solito hanno i Municipi a disposizione sono ulteriormente scarsi. Per almeno 5 anni, dunque, non possono disporre di alcuna entrata, seppure minima, e devono necessariamente essere ospitati da un centro di accoglienza che non richieda alcun contributo.

Questa è veramente la fascia più debole e meno protetta. Una volta raggiunti i 65 anni solitamente le pensioni arrivano, i Municipi concedono più facilmente sussidi, perché per gli anziani ci sono più fondi a disposizione, ci sono varie altre forme di aiuto economico (ad esempio la *social card* o altre agevolazioni) e la condizione migliora notevolmente, soprattutto per chi è ospite di un centro di accoglienza e quindi non ha spese di mantenimento. Vale la pena avviare una riflessione al riguardo, immaginando una distribuzione più equa delle risorse.

Promozione del volontariato senior

Il volontariato dovrebbe essere promosso anche tra gli iscritti ai Centri Anziani. Dei 315.502 anziani nella fascia d'età 65-74 anni, ben 92.252 sono gli iscritti ai CSA, che si suppongono in buone condizioni psicofisiche. Promuovendo il volontariato tra essi, l'anziano diventa realmente "risorsa" e non "problema" come recita uno slogan in uso da tempo. Questo volontariato potrebbe, ad esempio, impegnarsi nell'assistenza domiciliare leggera proposta nel documento.

Informatizzazione dei Centri Anziani

Obiettivo della comunicazione tra i CSA e tra questi e i Municipi e il Dipartimento (posta elettronica); ampliare la conoscenza attraverso la navigazione in Internet.

Borse lavoro per i "giovani anziani" in stato di disagio socio-economico

Proporre "attività socialmente utili" (non un lavoro vero e proprio) a favore della collettività, con erogazione di rimborsi spesa.

Attivazione di uno Sportello Tutela Legale Anziani

Situato in zona centrale accessibile con i trasporti pubblici, per consulenza su invalidità, amministratore di sostegno, condominio, sfratti, eredità, ecc.

Nuove attività all'interno dei Centri Anziani

Oltre all'attività sportiva e al volontariato, la formazione di un'orchestra dei centri anziani di Roma, gemellaggi con centri anziani di altre città attraverso visite in questi altri centri, pubblicazione di un periodico quindicinale sulle attività dei CSA.

Altre proposte:

- *Aumento significativo del numero di assistiti in Teleassistenza-Telesoccorso*
- *Corsi informativi sull'invecchiamento attivo e sulla prevenzione delle malattie senili*
- *Promozione dell'attività sportiva anche tra gli anziani*
- *Attività di socializzazione aperte anche agli anziani fragili*
- *Partecipazione a Progetti europei su varie tematiche che riguardano gli anziani*

Ulteriori spunti per il confronto

- A) Servizi sempre più integrati, mettendo in relazione aiuti diversi tra loro quali la semiresidenzialità o residenzialità temporanea, trasporti, assistenza di base e professionale, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, iniziative di socializzazione con attenzione particolare alla popolazione più fragile e vulnerabile.
- B) L'integrazione tra sociale e sanitario dovrebbe porsi sempre più l'obiettivo di evitare la frantumazione dell'assistenza, che sembra caratterizzare le famiglie fragili, accompagnando il bisogno verso risposte più integrate; al servizio fornito dal pubblico corrisponde anche un livello di qualificazione professionale degli operatori, nettamente maggiore, che potrebbe occuparsi di tipologie di intervento più specialistiche, concentrandosi su situazioni di particolare fragilità.
- C) Formazione degli assistenti familiari che svolgono il lavoro di cura e istituzione del registro cittadino che lascia meno sole le famiglie nell'affrontare il relativo mercato.
- D) Pensare a servizi sempre più flessibili e rispondenti al bisogno di una popolazione anziana, sempre più numerosa e bisognosa di sostegno. Sarebbe opportuno pensare a comunità di coabitazione più piccole e somiglianti a piccoli nuclei familiari, in modo che gli anziani siano accolti in ambienti protetti di tipo familiare con servizi in comune, senza troppi vincoli burocratici amministrativi (a patto che si mantengano intatti tutti gli standard di sicurezza per gli anziani). Il servizio dovrebbe essere affiancato da interventi di assistenza presso il domicilio in particolari momenti della giornata, con forme miste di tele-assistenza e tele-soccorso. I costi di questo tipo di soluzione di coabitazione potrebbero essere a carico delle persone che ne beneficiano e a parziale carico del Comune allorché la persona avesse un reddito insufficiente a coprire le spese.
- E) Investire in iniziative di co-housing e in appartamenti autogestiti, dove piccoli gruppi di anziani sperimentano situazioni di convivenza, conducendo una vita autonoma, con una supervisione e un accompagnamento "leggero" da parte degli operatori, teso all'ascolto e al supporto in caso di bisogno.
- F) Potenziamento della figura dell'Amministratore di sostegno per favorire l'accesso in RSA di persone anziane in condizioni di grave disagio sociale e prive di reti familiari di sostegno; previsione di modalità di verifica e valutazione dell'operato dell'amministratore di sostegno.
- G) Revisione delle quote delle rette per l'accesso nelle case di riposo per favorire l'accesso di persone anziane in gravi condizioni di disagio.
- H) Accelerazione dell'implementazione della cartella sociale informatizzata degli utenti a livello municipale, in modo da realizzare un'azione di sistema cruciale per la costituzione di un sistema informativo sociale a livello locale.
- I) Potenziamento delle iniziative a favore dell'*active ageing* o invecchiamento attivo.

Appendici relative al documento di lavoro

Appendice 1 – I redditi da pensione

Il numero dei pensionati presenti a Roma non può essere determinato con esattezza in base ai dati forniti dagli Enti contattati (Inps, Inpdap, Ipost, Enpals), in quanto le informazioni a cui è stato possibile accedere in questa prima fase di lavoro riguardano il numero delle pensioni erogate, e non il numero esatto dei pensionati.

Per ottenere tale informazione sarebbe stato necessario accedere ai dati del Casellario centrale dei Pensionati, ma ciò avrebbe richiesto tempi molto più lunghi di quelli previsti per la redazione di questo documento.

Pertanto si è deciso di dare ampia descrizione e commento dei dati sulle prestazioni pensionistiche relative al contesto romano, mentre per quanto riguarda le informazioni sui pensionati, ovvero sui percettori di tali prestazioni, si è optato per la presentazione dei dati forniti a livello nazionale, che

rappresentano tuttavia una stima attendibile del dato su Roma, dal momento che la Capitale si attesta normalmente sui livelli nazionali, salvo contenuti scostamenti.

Come si evince dalla tab. A1 a Roma nell'ultimo anno sono state erogate 737.594 pensioni dai seguenti Enti previdenziali: Inps, Inpdap e Ipost. L'Enpals ne ha erogate 16.093 in tutto il territorio della Provincia: di queste almeno i 2/3 riguardavano beneficiari residenti sul territorio comunale.

Altre pensioni vengono erogate da Enti previdenziali minori (Inpgi, Cassa avvocati ecc.), in numero assolutamente inferiore a quelle erogate dagli Enti previdenziali suddetti. Inoltre vengono erogate da Inail e Ipsema un certo numero di prestazioni indennitarie per infortuni sul lavoro o malattie professionali (circa 20.000).

Tab. A1 – Numero di pensioni erogate a percettori residenti nel Comune di Roma, per tipo di ente e genere dei beneficiari. Anno 2009

Tipo di ente	Maschi	Femmine	Totale
Inps	221.321	310.516	531.837
Inpdap	78.972	114.792	193.764
Ipost*	5.167	6.826	11.993
Totale	305.460	432.134	737.594
Enpals**	7.285	8.808	16.093

Fonti: Osservatorio sulle pensioni dell'Inps; Ufficio pensioni Inpdap; Direzione generale Enpals; Ufficio pensioni Ipost del comune di Roma.

* NOTA I dati Ipost si riferiscono all'anno 2008

** NOTA Il dato Enpals si riferisce alla Provincia di Roma e non al Comune, in quanto il Coordinamento statistico attuariale non dispone di tale dato. Inoltre il periodo di riferimento è il 2008.

Il primo elemento da sottolineare è la maggiore numerosità di trattamenti pensionistici di cui sono percettrici le donne piuttosto che gli uomini. Dato spiegabile con la maggiore longevità femminile che porta le donne a percepire più facilmente pensioni di reversibilità e/o ai superstiti, nonché pensioni o assegni sociali, dal momento che nella maggior parte dei casi si tratta di persone che non hanno mai lavorato nel corso della loro vita e, se lo hanno fatto, solo per brevi periodi, insufficienti a far maturare il diritto ad una pensione di anzianità. Trattamenti pensionistici, dunque, che fungono così da veri e propri ammortizzatori sociali.

Le prestazioni pensionistiche INPS

Tra tutti i trattamenti pensionistici INPS, le pensioni di vecchiaia sono le più numerose, toccando complessivamente quota 309.069. L'importo medio mensile evidenzia un'ampia divaricazione tra uomini e donne, tanto che i primi arrivano percepire importi più che doppi rispetto alle seconde.

Tab. A2 – Numero di pensioni erogate dall'Inps a percettori residenti nel comune di Roma e importi medi mensili, per tipologia di trattamento e genere dei beneficiari. Anno 2009

Tipo trattamenti pensionistici	Donne	Uomini	Totale
Vecchiaia			
Num. totale pensioni	135.006	174.063	309.069
Importo medio mensile	841,62	1753,1	
Invalidità			
Num. totale pensioni	28.591	21.596	50.187

Importo medio mensile	506,04	907,65	
Superstiti			
Num. totale pensioni	112.434	12.456	124.890
Importo medio mensile	679,22	399,18	
Pensioni assegni sociali			
Num. totale pensioni	34.575	13.206	47.781
Importo medio mensile	404,14	442,29	

Fonte: elaborazioni da Osservatorio sulle pensioni dell'Inps

Se si guarda poi alle pensioni o assegni sociali, riconducibili a soggetti che vivono in situazioni di disagio economico, quando non addirittura di povertà economica, si rileva che ammontano a 47.781 (tab. A2). Trattamenti pensionistici che interessano soprattutto donne che non hanno mai lavorato al di fuori del nucleo familiare o, se lo hanno fatto, per brevi periodi e senza una regolare iscrizione contrattuale. Gli importi medi sono molto bassi e, ancora una volta, a svantaggio della componente femminile: 404 euro per le donne, 442 euro per gli uomini.

L'unico caso in cui le donne percepiscono importi medi mensili superiori rispetto agli uomini riguarda le pensioni ai superstiti, percepite da ben 112.434 donne contro appena 12.456 uomini e con importi medi rispettivamente di 679 e 399 euro. La differenza è dovuta al fatto che tali prestazioni derivano da pensioni dirette di lavoratori uomini, e per questo più alte di quelle delle donne.

Preoccupante, poi, il numero di persone titolari di trattamenti integrati al minimo* nella provincia di Roma: si tratta di 192.604 trattamenti pensionistici che variano in media da 275 a 322 euro al mese. Da notare però che gli importi più bassi sono quelli delle pensioni "cristallizzate", cioè di coloro che al momento dell'entrata in vigore della l. 438/83, che stabiliva nuovi limiti di reddito, avevano una pensione integrata che non è stata tolta, ma bloccata.

C'è poi un elevato numero di persone titolari di pensioni che si collocano appena al di sopra della soglia di sussistenza: sono per lo più donne con oltre 70 anni, titolari di pensioni INPS di vecchiaia. Complessivamente oltre 78.000 trattamenti pensionistici di importo compreso tra i 700 e gli 800 € medi mensili. Analoga situazione si rileva in corrispondenza delle pensioni di invalidità.

Le prestazioni pensionistiche Inpdap, Ipost ed Enpals

Le pensioni Inpdap sono senza dubbio le più elevate in termini di importo. Nel 2008 le pensioni vigenti ammontavano complessivamente a 253.295 e il loro importo medio si assestava sui 22.533 euro annui (tab. A3).

Tab. A3 – N° di pensioni erogate dall'Inpdap e importi medi annui al 31.12.2008, per categoria di trattamento.

Diretta		Indiretta		Reversibile		Totale	
Numero	Importo	Numero	Importo	Numero	Importo	Numero	Importo
181.902	25.843	16.083	12.720	55.310	14.501	253.295	22.533

Fonte: Direzione Inpdap

Si tratta prevalentemente di dipendenti dello Stato (179.601), degli enti locali (67.284) e, in misura molto più esigua, sanitari, insegnanti di asilo e scuole elementari parificate, ufficiali giudiziari. Su Roma al 31 agosto 2009 ammontavano a 193.764 le pensioni Inpdap erogate, con importi medi annui di 24.175 euro. Forte la divaricazione tra uomini e donne con importi medi annui rispettivamente

te di 31.136 euro per i primi e di 19.386 per le seconde. Tra le dirette prevale la componente maschile; tra le indirette (ai superstiti) e quelle di reversibilità, la componente femminile. In quest'ultimo caso con importi medi annui più elevati per le donne, poiché derivano da prestazioni dirette di uomini.

Per quanto concerne invece l'Ipost, si rileva che su un ammontare complessivo di 11.993 trattamenti pensionistici, erogati a livello comunale a una popolazione che in media ha un'età compresa tra i 60 e i 75 anni, ben 7863 sono pensioni di anzianità (tab. 4). Tra queste prevalgono gli uomini, che sono oltre il doppio delle donne. Gli importi medi annui di queste pensioni sono anche i più elevati (19.965 euro), seguiti a breve distanza da quelli delle pensioni di vecchiaia, che si assestano a 19.104 euro. Tuttavia sono solo 1496 i beneficiari di questo tipo di trattamento pensionistico. Un po' più numerose sono le pensioni di reversibilità (1702), ancora una volta caratterizzate dalla dominante femminile. Gli importi medi annui scendono però a 10.199 euro.

Infine veniamo all'Enpals. Con riferimento ai dati di seguito riportati occorre fare una precisazione. Infatti, le informazioni riportate in questo documento si riferiscono alla Provincia di Roma in quanto il Coordinamento Statistico Attuariale non dispone del dato a livello comunale. Inoltre, gli importi delle pensioni sono relativi al ruolo di dicembre 2008 moltiplicato per 13 mensilità e, per questo, è da ritenersi "virtuale" (o meglio stimato). Nel periodo suddetto nella Provincia di Roma sono state erogate complessivamente, tra pensionati dello spettacolo e professionisti sportivi 16.093 trattamenti pensionistici. Di questi, 11.755 sono pensioni dirette, assorbite per oltre il 90% da trattamenti di anzianità e vecchiaia. I percettori sono prevalentemente uomini, di circa 2000 unità più numerosi delle donne.

Tab. A4 – Numero di pensioni erogate dall'Ipost Comune di Roma e importi medi annui vigenti al 31 dicembre 2008, per genere.

	Pensione di vecchiaia	Importo annuo medio
Donna	765	16.705,88
Uomo	731	21.627,91
Totale	1.496	19.104,28
	Pensione di anzianità	Importo annuo medio
Donna	2.449	17.325,44
Uomo	5.414	21.159,96
Totale	7.863	19.965,66
	Pensioni indirette ai superstiti	Importo annuo medio
Donna	332	9.578,31
Uomo	125	6.480
Totale	457	8.730,85
	Pensioni di reversibilità	Importo annuo medio
Donna	1.370	11.051,09
Uomo	332	6.686,75
Totale	1.702	10.199,76
	Pensioni di invalidità totali	Importo annuo medio
Donna	251	14.462,15
Uomo	224	16.517,86
Totale	475	

Fonte: elaborazioni da Direzione Ipost

Ma ciò che occorre ancora una volta rilevare è la profonda divaricazione tra uomini e donne negli

importi medi annui delle pensioni, soprattutto in corrispondenza delle pensioni di vecchiaia e di invalidità. Ovviamente, come già riscontrato nell'analisi dei dati degli altri regimi pensionistici, la situazione si capovolge quando si passa a considerare le pensioni indirette, dove le donne costituiscono oltre il 90% dei beneficiari e anche gli importi medi annui dei trattamenti pensionistici si fanno più elevati (13.250 euro delle donne contro i 7104 degli uomini).

Alcune considerazioni sui beneficiari delle prestazioni pensionistiche

Come anticipato all'inizio, non è stato possibile attingere ad informazioni sui beneficiari delle prestazioni pensionistiche a Roma. Tuttavia è noto che il quadro romano non si discosta sensibilmente da quello fornito a livello nazionale. Pertanto, di seguito sono proposte alcune considerazioni sul profilo dei beneficiari a livello nazionale. Secondo i dati del Casellario centrale, circa la metà dei pensionati/e (47%) è titolare di sole prestazioni di vecchiaia (nella vecchiaia sono compresi i trattamenti di vecchiaia, anzianità e prepensionamenti), l'8% riceve solo pensioni di invalidità, il 10% solo prestazioni ai superstiti², il 7,5% è titolare di sole prestazioni assistenziali (pensioni o assegni sociali, invalidità civile e pensioni di guerra), il 2,5% solo di prestazioni indennitarie (rendite per infortuni sul lavoro o per malattie professionali). La quota di persone che cumulano più pensioni tra invalidità, vecchiaia e superstiti (IVS) è quasi il 13%, ed è pari a quella dei pensionati che cumulano uno o più trattamenti IVS con pensioni indennitarie o assistenziali. Solo lo 0,4% cumula pensioni indennitarie e assistenziali e almeno tre pensioni di diverso tipo.

La differenza nella distribuzione di più trattamenti tra uomini e donne evidenzia che il 16,5% delle donne percepisce solo pensioni ai superstiti, a fronte dell'1,5% degli uomini che percepisce questo tipo di pensione.

Le pensionate che cumulano più pensioni IVS sono più del 20,5%, contro il quasi 5% degli uomini. Le pensionate che percepiscono la sola pensione di vecchiaia sono circa il 34%, mentre la percentuale di uomini supera il 60%.

Appendice 2 – I redditi degli anziani: una ricerca AUSER

Esaminare la condizione degli anziani nelle diverse regioni italiane, valutare i livelli di offerta di servizi (pubblici e privati) destinati a loro e individuare le aree di innovazione sia nella domanda che nell'offerta dei servizi: sono questi i tre obiettivi della ricerca sulle condizioni sociali dell'anziano, promossa dall'Auser.

La ricerca si riferisce al tema del reddito e prende in esame il numero e l'importo delle pensioni e le variazioni che questo subisce a seconda della regione, del sesso, dell'età e della tipologia del lavoro svolto.

A saltare immediatamente agli occhi è il divario Nord-Sud, che "è superiore a quello delle regioni europee nel loro insieme". Un divario che emerge innanzitutto dal numero delle pensioni erogate per categoria alle persone con più di 65 anni.

Se nelle regioni del Nord Ovest, il 70,8% delle pensioni è per vecchiaia, mentre solo il 6% per invalidità e il 3,9% sono assegni sociali, nel Sud le pensioni di vecchiaia rappresentano solo il 44,7%, quelle d'invalidità salgono al 16,9% e le pensioni sociali all'11,8%.

Utile un confronto tra alcune regioni: in Lombardia il 73,9% delle pensioni è per vecchiaia, il 4,4% per invalidità. In Sardegna, il 40,7% è per vecchiaia, il 20,6% per invalidità. Le pensioni d'invalidità rappresentano in Basilicata addirittura il 25,4%, mentre il record per gli assegni sociali va alla Sicilia, con il 14,2%.

² Le pensioni ai superstiti vengono definite indirette se corrisposte ai superstiti di persone decedute in attività di servizio, di reversibilità se corrisposte ai superstiti di pensionati deceduti.

Per quanto riguarda l'entità delle pensioni di vecchiaia, nelle regioni del nord-ovest l'importo medio è di 1.067 euro, nelle regioni del centro è di 951 euro, mentre al Sud scende fino a 796 euro. Per le pensioni d'invalidità, si passa da una media di 632 euro nel nord est a una media di 531 al Sud.

Gli importi medi subiscono però forti flessioni anche a seconda del sesso, a prescindere dalle regioni: mentre per un uomo l'importo medio della pensione di vecchiaia è di 1.1219 euro, per la donna l'importo scende a 630 euro. Lo stesso vale per le pensioni d'invalidità: in media, 676 euro per gli uomini, 470 euro per le donne.

Guardando più da vicino alcune regioni, emerge che solo in Lombardia, Lazio, Liguria e Piemonte l'importo medio delle pensioni è superiore a 1.000 euro. Sempre in Lombardia, Lazio e Liguria, però, si registra anche il massimo divario tra le pensioni percepite dalle donne e quelle percepite dagli uomini: rispettivamente, lo scarto è di 790, 757 e 759 euro. In Molise, l'importo medio delle pensioni di vecchiaia (574 euro) è di poco superiore all'importo medio delle pensioni di invalidità (479 euro).

Un'ultima differenziazione riguarda le pensioni derivanti da lavoro dipendente e quelle derivanti da lavoro autonomo: se le prime risultano in media più alte delle seconde (887 euro contro 636,3), sono le seconde ad aver subito, tra il 2005 e il 2009, il maggiore incremento: 19,95, rispetto al 15,3% delle pensioni da lavoro dipendente.

Appendice 3 – Il contributo del Terzo Settore³

Le mense della Caritas diocesana di Roma

I pasti autorizzati e distribuiti nel primo semestre del 2009 nelle quattro mense della Caritas Diocesana di Roma in convenzione con il Comune sono complessivamente superiori del 6% rispetto a quelli riferibili allo stesso periodo del 2008. Allo stesso tempo il numero di ospiti serviti è aumentato di quasi l'11%.

Tab. A5 - Numero di pasti e ospiti distribuiti dalle mense Caritas, per nazionalità. I e II semestre 2008 e 2009.

	I° SEMESTRE					
	PASTI			N. OSPITI		
	2008	2009	Num. Indice	2008	2009	Num. Indice
ITALIANI	59.013	58.451	99,00	5.232	5.268	100,70
STRANIERI	106.685	117.488	110,10	10.833	12.544	115,80
TOTALE	165.698	175	106,20	16.055	17.812	110,90

	II° SEMESTRE					
	PASTI			N. OSPITI		
	2008	2009	Diff %	2008	2009	Diff %
ITALIANI	29.782	29.197	98,00	2.632	2.577	97,9
STRANIERI	51.579	59.097	114,6	5.105	6.308	123,6
TOTALE	81.361	88.294	108,5	7.737	8.885	114,8

³ La parte sulla Caritas Diocesana di Roma è stata curata da Maria Teresa Conti. Giuseppa Rozzo e Dario Dorta hanno redatto il testo sulla Rete Penelope.

	PASTI		N. OSPITI	
	2008	2009	2008	2009
ITALIANI	36,6	33,1	34,0	29,0
STRANIERI	63,4	66,9	66,0	71,0

Fonte: Caritas diocesana di Roma, 2009

Gli ospiti italiani sono aumentati di circa l'1% ma hanno consumato in totale circa l'1% di pasti in meno rispetto al 2008, mentre per gli stranieri l'aumento è stato di circa il 16% per gli ospiti e del 10% per i pasti serviti. Queste differenze sono più marcate se limitate al II trimestre, come si evince dalla tabella A5.

L'aumento percentuale dei pasti autorizzati nel secondo trimestre rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è dell'8,5%. Aumento dovuto essenzialmente all'utenza straniera, in forte aumento sia in termine di pasti (+15%) che di ospiti (+24%). Al contrario, i pasti e gli ospiti italiani mostrano una leggera flessione. Da notare che gli ospiti italiani del secondo trimestre sono scesi sotto il 30% del totale e consumano meno di 1/3 dei pasti.

Le variazioni non sono uniformi nelle diverse mense. A Colle Oppio sembra cominciare a diminuire il calo di ospiti e pasti rispetto al corrispondente periodo del 2008; Ostia è fondamentalmente agli stessi livelli del 2008, Primavalle e Via Marsala aumentano in modo molto significativo.

Andando più a fondo nell'analisi del dato sugli utenti stranieri, si rileva che i pasti distribuiti ai cittadini rumeni continuano a diminuire, mentre notevolissimo è l'aumento degli ospiti e dei pasti consumati da cittadini eritrei. Da notare poi il trend afghano: ad un aumento complessivo nel semestre fa riscontro una diminuzione nel secondo trimestre, dal che sembra evincersi un arresto di nuovi arrivi.

Le percentuali di ospiti e di pasti autorizzati distribuiti per nazione (compresi gli italiani) rispecchia quanto visto sopra con i pasti dati a ospiti rumeni scesi sotto il 10% del totale, e quelli dati a cittadini eritrei che nel secondo trimestre hanno superato il 12%.

Il servizio "Aiuto alla persona" della Caritas diocesana di Roma

I dati di seguito riportati si propongono di mostrare una fotografia puntuale del servizio "Aiuto alla Persona". In primo luogo è sembrato opportuno indicare i vari committenti da cui lo stesso ad oggi riceve costanti segnalazioni dei bisogni sociali, a cui di conseguenza s'impegna a dare risposta con un piano d'intervento individualizzato aderente al progetto globale. Questa verifica è utile per evidenziare lo stato del lavoro di rete e la reale fattività delle connessioni con cui la stessa tiene in sé il tessuto sociale ed in particolare quelle parti deboli che cronicamente o accidentalmente si trovano in una posizione di bisogno.

"Aiuto alla Persona" è un servizio collegato alla rete pubblica mediante la Casa del Volontariato che, per quanto riguarda gli anziani, ad oggi rappresenta l'utenza principale del servizio e costituisce il referente maggiore nelle segnalazioni.

Il servizio si è sempre ritenuto libero di ascoltare e prendere in considerazione, nonché in carico, situazioni indirizzate da altri soggetti territoriali considerati partner altrettanto qualificati nel lavoro di rete. Ciò lo si evince dalla crescita percentuale di contatti diretti avuti in questo ultimo anno.

Per "Rete territorio" si fa riferimento ad alcune strutture sociali con cui il servizio si è collegato in questi anni, attivando percorsi di collaborazione. Il 14% indicato si riferisce ai seguenti enti:

- U.I.L.D.M. (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare);
- Comune di Roma Ufficio per il Coordinamento delle iniziative antiusura;
- "Pronto Famiglia";

- Associazione "Viva la Vita": per le segnalazione dei casi S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
- Parrocchia S. Maria ai Monti e Parrocchia S. Vito.

In questo senso è utile sapere che per l'anziano assistito da questo servizio è preminente l'aspetto dell'esserci, della prossimità: questo aspetto, di solito concepito come strumentale nella fase d'intervento educativo, nella nostra esperienza può definirsi allo stesso tempo intervento tout court. Parafrasando la letteratura psicoterapeutica che spesso intende indicare nel setting terapeutico lo stesso terapeuta come elemento primo della terapia, in questo servizio, per analogia, si può dire che, nel setting domiciliare, l'operatore ben preparato e non improvvisato diventa la cura, la pillola indispensabile giornaliera o anche settimanale per la terapia riabilitativa o attenuativa del disagio.

Accanto a questo i dati rivelano anche altro: il 17% dei nostri utenti fa solo o anche richiesta di un sostanziale aiuto economico. Su questo dato influisce la negativa congiuntura economica attuale (il dato è in aumento rispetto allo scorso anno) che ha provocato un crollo del potere d'acquisto dei salari e delle pensioni delle persone. Molti degli anziani assistiti vivono con la pensione sociale o, a causa della mancata autosufficienza, con l'ausilio di figure adulte h24 presso il domicilio, che provocano un'uscita sostanziosa del loro reddito anche laddove questo sia presente in forma normale o adeguata. L'ausilio dell'Emporio della Solidarietà e del fondo cassa Caritas diventa spesso necessario per la sopravvivenza (approvvigionamento generi alimentari, pagamento utenze casa, acquisto vestiario...).

A questi due fattori se ne aggiunge spesso un altro: la malattia. L'anziano in particolar modo subisce gli eventi dell'età e diventa una persona fortemente medicalizzata, bisognosa di cure specialistiche. Questa percezione spesso porta ad un aggravamento dello stato d'umore, con ripercussioni sullo stato della qualità di vita e conseguente insorgere di patologie correlate: una complessità risolvibile solo con un approccio multidisciplinare e di rete.

L'aspetto specifico di questo servizio consiste in maniera prevalente nel dare certezza della presenza di un operatore pronto e disponibile, parte di una rete terapeutica più ampia, ma allo stesso tempo indispensabile. Il setting terapeutico è la casa, luogo di memoria e spesso luogo di sofferenza. È fondamentale assicurare visite costanti agli anziani più fragili e a rischio in quanto molto soli. Una "prestazione" così importante da far passare a volte in secondo piano aspetti quali il reddito insufficiente, la salute compromessa. Considerare la solitudine di vita una malattia "vera", presupposto e causa di altre, significa lavorare anche sulla prevenzione e non soltanto sulla cura conclamata. Questo dà al servizio un aspetto di originalità e di visione a medio e a lungo termine.

La Rete Penelope

"Penelope" è una rete di centri attivi in 10 Municipi cittadini, diretti a fornire informazioni e orientamento ai cittadini sui servizi sociali, sanitari, culturali presenti nella Capitale. Penelope informa inoltre sulle tematiche dell'usura, dell'immigrazione, dell'orientamento al lavoro. In alcuni centri sono presenti servizi di consulenza specialistica (legale, psicologica etc.) e di segretariato sociale per il disbrigo di pratiche burocratiche complesse, attivati secondo criteri sociali che prevedono un tariffario agevolato. Si rivolge alle famiglie, agli anziani, ai giovani, alle persone disabili e, più in generale, a tutti i cittadini, senza distinzione di alcun genere.

I servizi offerti dalla rete sono gratuiti e l'equità nell'accesso all'informazione costituisce uno dei punti di forza di questa iniziativa. I centri Penelope sono accoglienti e assicurano cortesia e riservatezza. Gli operatori sociali impiegati nei centri informativi della rete seguono dei costanti programmi di aggiornamento e formazione continua; hanno esperienza diretta sul territorio; conoscono i servizi e hanno capacità di lettura dei bisogni.

I centri informativi Penelope seguono una metodologia partecipativa, basata sulla collaborazione interna ed esterna alla rete.

Nel lavoro di informazione e orientamento ai servizi che viene svolto dalla Rete Penelope si evidenziano, in questo documento, le richieste, pervenute ai Centri nel 2008, relative a persone anziane.

I dati emersi evidenziano come la necessità di servizi assistenziali a domicilio costituisca in maniera rilevante (in alcuni territori municipali circa il 50%) il dato globale delle richieste espresse dagli anziani. All'interno di questo dato, notiamo poi che la maggioranza delle richieste viene esplicitata con riferimento alla figura della badante. Le persone anziane si rivolgono quindi a Penelope per avere in tempi rapidi una risposta informativa e di orientamento ai servizi in merito alle problematiche personali e/o familiari che sorgono quando c'è un bisogno stringente di assistenza, sottolineando la necessità di calibrare l'intervento per quanto possibile in forma personalizzata (orari, mansioni, ecc.). E' chiaro che – per quanto concerne l'assunzione di una badante – ciò comporta anche lo svolgimento di determinate procedure e difatti alcune richieste sono state rivolte a Penelope anche su questo specifico aspetto.

Per quanto concerne le altre tipologie di richieste (che quindi corrispondono all'incirca all'altra metà del totale) si può affermare che esse si situano in ambito sociale (servizi residenziali o diurni, sostegno psicologico), sanitario (visite, prenotazioni, protesi e ausili), previdenziale e, in misura minore, a livello culturale e amministrativo (anagrafe). Un dato rilevante che si colloca tra l'ambito sociale e quello economico (sostentamento) è quello che emerge per le domande espresse in merito a questioni relative alla casa (consulenze legali, ad es.) e soprattutto la richiesta di agevolazioni economiche di vario tipo (bonus, sostegno al reddito, esenzioni, ecc.). A proposito di sostentamento, si sottolinea come – seppur la quantità non sembri rilevante a livello di analisi statistica – alcune persone anziane (per lo più donne) abbiano effettuato a Penelope vere e proprie ricerche di lavoro per sé stesse.

In generale - considerando come la rilevazione abbia riguardato anche i servizi per gli anziani attivi nei vari Municipi in cui sono attivi i Centri – si può affermare che l'attività di informazione e orientamento ai servizi, quando si parla di persone anziane, spazia dal sociale al sanitario, dal fronte culturale a quello amministrativo, a conferma del fatto che i bisogni sono variegati, ma è altrettanto importante mantenere alto il livello del rapporto e della collaborazione tra i servizi. Ogni struttura, ogni attività in favore degli anziani possiede una sua specificità, ma quanto più rimane aperta al territorio, tanto più può costituire uno stimolo all'emersione dei bisogni e al collegamento con altre risorse che, in un dato momento della vita delle persone, possono assurgere a risposte attuali ed efficaci.

Appendice 4 – Tipologie di servizi specifici per anziani

PRONTO NONNO. Servizio telefonico h24 di ausilio all'anziano in difficoltà, in rete con strutture di volontariato e del terzo settore.

TELECOMPAGNIA. Contatti telefonici periodici di un operatore all'anziano, finalizzate alla compagnia e al controllo in particolar modo per le persone che vivono sole. Da un'indagine effettuata sugli utenti del servizio, la solitudine e la povertà relazionale dell'anziano risultano essere le problematiche più rilevanti.

TELEMONITORAGGIO. Assegnazione all'anziano di un dispositivo elettronico (orologio da polso) che misura pressione e battito cardiaco, collegato alla centrale operativa del Pronto Intervento); Si attivano subito i familiari e i vicini di casa e solo in caso di necessità l'ambulanza.

ASSISTENZA DOMICILIARE. Assistenza domiciliare di tipo sociale (non infermieristico) a persone anziane da parte di operatori qualificati. Il servizio è gratuito per chi ha malattia grave certificata ai sensi della l. 104/92, altrimenti è previsto un contributo proporzionale al reddito familiare.

PONY DELLA SOLIDARIETA'. Servizio di assistenza domiciliare leggera agli anziani (over 65) da parte di volontari: compagnia e piccole commissioni quotidiane; progetto coordinato dalla Casa

del Volontariato, in collaborazione con altre 18 Associazioni.

SOGGIORNI ESTIVI. Viaggi organizzati per favorire occasioni di socializzazione degli anziani nei mesi estivi ed in occasione delle festività di Capodanno e Pasqua. L'anziano deve versare quote contributive proporzionali al reddito.

DIMISSIONI PROTETTE. Interventi di tipo sociale e sanitario a pazienti anziani, in fase di dimissione dalle strutture ospedaliere. Gli interventi hanno durata limitata e comprendono cura della persona, cura dell'ambiente, disbrigo pratiche burocratiche e somministrazione pasti.

CASE DI RIPOSO COMUNALI. Strutture residenziali per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti che per vari motivi non sono in condizione di poter più vivere nel proprio alloggio. La spesa per l'inserimento in Casa di Riposo a carico dell'utente è del 70% in rapporto al reddito percepito dallo stesso (presentazione della DSU). Attualmente sono presenti nel territorio comunale 4 strutture residenziali⁴ gestite dal comune, per complessivi 252 posti letto disponibili (usufruiti effettivamente in misura di 250) le quali, oltre al servizio residenziale e le attività di gestione connesse (ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti speciali, portineria, vigilanza notturna), offrono servizi di assistenza domiciliare, psicologica, religiosa ed attività motorie ludico-ricreative. La lista di attesa ammonta a complessivi 221. Il servizio, come già accennato, è in fase di riforma.

CASE DI RIPOSO PRIVATE. Strutture residenziali convenzionate per anziani autosufficienti che per vari motivi non sono in condizione di poter più vivere nel proprio alloggio. Il costo a carico dell'utente non è definito dal Municipio ma è comunale, uguale per tutta la città. Il Comune non ha a carico la "spesa residua della retta giornaliera" ma solo quella fino a una certa soglia di retta, come da D.D. Dipartimento V n. 749/2000;

CENTRI ANZIANI. Luoghi d'incontro e socializzazione, autogestiti, finalizzate a favorire la qualità della vita e le relazioni sociali tra persone anziane.

CENTRI DIURNI ANZIANI FRAGILI. Strutture semiresidenziali deputate all'accoglienza, all'assistenza e alla socializzazione di persone anziane anche parzialmente autosufficienti, non meglio assistibili a domicilio, le cui condizioni psicofisiche, se non adeguatamente sostenute, rischiano di evolvere verso una progressiva perdita dell'autonomia.

CENTRI ALZHEIMER- Servizi a carattere semiresidenziale, finalizzati all'integrazione delle cure parentali, che si pongono a livello intermedio tra il servizio di assistenza domiciliare e il ricovero in strutture assistenziali per gli anziani malati di Alzheimer. Presso le Strutture Residenziali Comunali (vedi Case di Riposo Comunali) sono ubicati 5 Centri Diurni per malati di Alzheimer e 1 Centro Diurno per malati di Parkinson. Tali strutture⁵ sono rivolte a persone con una sufficiente capacità di deambulazione e che non presentano alterazioni nel comportamento incompatibili con la vita di comunità. I servizi offerti vanno dai pasti in loco al trasporto da e per le rispettive abitazioni, dal servizio medico-infermieristico all'assistenza psicologica, anche alle famiglie, dalle attività di animazione e socializzazione a quelle terapeutiche e riabilitative (fisioterapia, musicoterapia, terapia occupazionale, orientamento alla realtà, attività motorie di gruppo).

RESIDENZE TEMPORANEE DI SOLLIEVO. Si tratta di posti letto che, a rotazione, vengono messi a disposizione dell'anziano malato di Alzheimer, che all'occorrenza vi può soggiornare per

⁴ Si tratta delle strutture Residenziali di: Parco di Veio, Roma 2, Roma 3 e B. Buozzi.

⁵ Si tratta del Centro Diurno "La pineta Argentata" (capacità: 22 utenti giornalieri, residenti nei Municipi I, II, III e IV) presso la Casa di Riposo "Roma 2 Italia Talenti", il centro "Hansel e Gretel" (capacità: 22 utenti giornalieri, residenti nei Municipi V, VII, VIII e X) presso la Casa di Riposo "Bruno Buozzi", il centro "Il pioppo" (capacità: 22 utenti giornalieri, residenti nei Municipi XIII, XV e XVI) presso la Casa di Riposo "Casa Vittoria", il centro "Arcobaleno" (capacità: 20 utenti giornalieri, residenti nei Municipi XVII, XVIII, XIX e XX) presso la Casa di Riposo "Roma 3" e il centro "Parco di Veio" (capacità: 16 utenti giornalieri, residenti nei Municipi XVII, XVIII, XIX e XX) presso l'omonima Residenza, presso la quale è inoltre presente l'unico Centro Diurno "Diogene" rivolto ai malati di Parkinson (capacità: 22 utenti giornalieri, residenti nei medesimi municipi).

un massimo di 20 giorni l'anno. Sono stati concepiti per offrire ai familiari la possibilità di avere un periodo di sollievo, rispetto al carico emotivo e gestionale che quotidianamente si trovano a fronteggiare. La malattia di Alzheimer non colpisce solo il paziente ma coinvolge tutta la sua famiglia sulla quale ricade un grande carico assistenziale. Le "Residenzialità temporanee di sollievo" sono presenti presso in due Centri Diurni "Hansel e Gretel" e "Arcobaleno" e possono essere utilizzati da tutti gli ospiti dei centri. L'inserimento presso le strutture temporanee di sollievo è realizzato previo accordo tra i servizi dei vari centri.

RSA. Strutture residenziali socio-sanitarie integrate, nelle quali sono accolte le persone anziane che non hanno titolo ad essere ricoverate in strutture totalmente sanitarie, né possono essere accolte in Case di Riposo, in quanto presentano particolari patologie. Il Municipio interviene con un contributo integrativo per il pagamento della retta giornaliera in caso di reddito basso.

NONNA ROMA. Servizio di trasporto gratuito a prenotazione per gli over 65, per accompagnamento a visite mediche, terapie, cimitero (progetto interno alla Casa del Volontariato).

UN AMICO PER LA CITTA'. Progetto che vede impegnati gli anziani in un servizio di volontariato davanti alle scuole. Gli anziani che vogliono partecipare al progetto possono fare richiesta presso la Casa del Volontariato.

INSIEME SI PUO'. Progetto rivolto ad anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti e alle loro famiglie e ad assistenti familiari. Il progetto offre:

- ✓ Un servizio di segretariato sociale e informazione cui ci si può rivolgere per avere indicazioni sulle modalità di accesso al progetto, aiuto nella compilazione della domanda ed orientamento sui servizi. Il servizio di segretariato sociale offre un sostegno alle famiglie durante tutto il periodo di svolgimento del progetto.
- ✓ Interventi di sostegno economico a favore dell'anziano per un periodo di dodici mesi, quale parziale contributo per la retribuzione dell'assistente familiare.
- ✓ Un corso di formazione per assistenti familiari incentrato sulle problematiche dell'assistenza alle persone anziane. Il corso è gratuito, ha la durata di circa due mesi e prevede una frequenza di due volte la settimana. Viene effettuato dall'Azienda ospedaliera San Camillo / Forlanini e dall'Istituto Fernando Santi.
- ✓ La possibilità di usufruire gratuitamente, da parte dell'anziano che aderisce al progetto, di interventi di assistenza (sostituzioni) finalizzati a coprire le ore in cui l'assistente familiare è impegnato nel corso di formazione.
- ✓ L'accesso al Registro Cittadino degli Assistenti Familiari che raccoglie i nominativi di persone formate e in possesso di specifici requisiti, a garanzia delle qualità del lavoro di cura.

SAVeR. Servizio di Aiuto ad Anziani Vittime di Violenza e Reati. Sportello di aiuto legale e psicologico, nonché di orientamento ai servizi istituzionali. Il Call Center riceve segnalazioni telefoniche raccolte dai volontari che forniscono una prima attività di ascolto delle denunce rese dagli anziani e dai diversi denunciati. Il Servizio fornisce consulenze legali in materia civilistica, non potendo però effettuare patrocinio giudiziale. Il Servizio si avvale di una équipe tecnico-scientifica composta da avvocati, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, medici geriatri e infermieri, alla quale viene affidata l'analisi delle casistiche e delle fattispecie patologiche, nonché la valutazione del migliore intervento psicologico e legale.

Il Servizio offre assistenza nei seguenti servizi:

- ascolto e sostegno psicologico mediante visita a domicilio e telefonia sociale,
- sostegno per un inserimento in attività ludico - aggregative per superare l'handicap psicologico dovuto al reato,
- assistenza medica e psicologica in caso di evento traumatico ad alto stress psicologico e fisico, nonché assistenza al disbrigo di pratiche di natura medica, eventuale accompagnamento al pronto soccorso e assistenza alla chiamata del medico di medicina generale,
- assistenza nella richiesta di duplicazione dei documenti in collaborazione con la Pubblica Am-

- ministrato e con le Forze dell'Ordine,
- assistenza legale alla presentazione della denuncia di reato, anche al fine di usufruire ove possibile del gratuito patrocinio,
 - suggerimenti per misure di tutela preventive,
 - supporto alla risoluzione di difficoltà pratiche quali la sistemazione dell'abitazione
 - riparazione gratuita dei danni subiti nell'abitazione successivamente al reato, a favore di anziani ultra-settantenni capofamiglia, indipendentemente dal reddito, a fronte della produzione della denuncia,
 - costituzione di un fondo cassa da utilizzare in caso di effettivo bisogno per coprire le spese di prima necessità ed urgenza a favore degli anziani vittime di violenza.

CONTRIBUTO ANZIANI (del. C.C.154/97). Contributo economico agli anziani in difficoltà. Il tetto reddituale non deve essere superiore a Euro 438.99 per la persona sola, aumentabile ad Euro 516.46 se l'utente paga un canone di locazione superiore a Euro 103.29 e Euro 671.39 se il nucleo familiare è composto da più di una persona.

TESSERA METREBUS TARIFFA AGEVOLATA. Riduzione tariffaria riservata alle seguenti categorie di cittadini residenti a Roma: anziani oltre i 65 anni, titolari di pensione INPS, in possesso di Roma Card. La tessera è valida all'interno del Comune di Roma: sui bus, tram, filobus e sulle metro A e B; sui bus Cotral; sui treni regionali Met.Ro e sui treni regionali Trenitalia 2^a cl., limitatamente al percorso urbano.

TESSERA METREBUS GRATUITA PER GLI OVER 70. Agevolazione promossa dalla Regione che prevede la gratuità del trasporto pubblico per i cittadini residenti nel Comune di Roma che abbiano compiuto 70 anni. Il limite del reddito è riferito al parametro ISEE, con tetto a 15.000 Euro. La card consente di viaggiare gratuitamente sull'intera rete di trasporto del Comune di Roma.

A CASA SICURI. Progetto rivolto agli anziani fragili per la messa in sicurezza dell'ambiente domestico. Requisiti indispensabili per poter usufruire dei contributi sono: età superiore ai 65 anni; reddito ISEE non superiore ai 16.000 Euro. Il progetto prevede l'erogazione da parte del Comune di Roma dei seguenti contributi:

- 90 Euro per la manutenzione ordinaria della caldaia autonoma a gas (bollino blu);
- 500 – 700- 900 Euro per la sostituzione della caldaia autonoma a gas, in base a tre fasce di reddito;
- 300 Euro per la sostituzione della macchina del gas con un modello a spegnimento automatico;
- 150 Euro per il cambio del tubo del gas e apertura del foro di ventilazione.

Si possono richiedere fino a tre agevolazioni nel corso dell'anno.

ESENZIONE TOTALE DAL PAGAMENTO DELLA TARIFFA RIFIUTI. L'agevolazione è riservata a persone anziane, titolari di pensione o assegni che alla data del 1 gennaio dell'anno di riferimento abbiano compiuto il 60esimo anno di età, con nucleo familiare il cui reddito complessivo annuo non sia superiore a determinate aliquote.

SOGGIORNI DIURNI ESTIVI "OASI": presso località marine, termali, parchi e piscine, gestite dal Dip.to V.

Nota. Oltre ai servizi sopra indicati sono attivi vari progetti territoriali, programmati dai Municipi nell'ambito dei relativi Piani sociali.

Appendice 5 – Gli anziani risorse sociali: l'esperienza di VitAttiva

Il progressivo invecchiamento della popolazione già da tempo ha iniziato ad esercitare un forte impatto società considerata "produttiva", e questo non solo con riguardo al sistema pensionistico. Ogni settore della vita quotidiana viene segnato da questo fenomeno: le strutture socio sanitarie sempre più impegnate nel fornire assistenza agli anziani; la pubblica sicurezza nel difenderli nella loro fragilità; l'urbanizzazione e gli arredi delle città ripensati in forme più agevoli; persino la circolazione stradale è condizionata da un numero sempre maggiore di anziani alla guida.

Questi fattori e molti altri rendono evidente che l'obiettivo non è vivere il più a lungo possibile, ma il meglio possibile e il più possibile integrati al tessuto produttivo della società.

Gli impegni e gli sforzi da dedicare al mondo della Terza Età devono essere finalizzati al mantenimento e, se possibile, all'accrescimento della qualità della vita degli anziani. Mantenere il proprio grado di autosufficienza, ridurre la domanda di assistenza sanitaria, rimanere all'interno e non al margine del tessuto sociale produttivo, sono gli obiettivi principali che devono essere perseguiti per il "Popolo della Terza Età". Tanto più marginale è la presenza dell'anziano nel tessuto sociale e produttivo, tanto più cresce il suo peso per il funzionamento della stessa società; viceversa, una piena appartenenza a tessuto sociale, diventa risorsa e un'opportunità per l'intera società.

La persona anziana come "risorsa" è una metodologia di approccio già in atto da alcuni anni presso le istituzioni, sia pubbliche che private, che si occupano di Terza Età, ma nella quasi totalità dei casi il metodo adottato rimane di tipo assistenziale, successivo all'insorgenza del problema. Si parla infatti, di "recupero" o di "integrazione", azioni volte alla soluzione di uno stato di fatto già esistente: prima si lascia che l'anziano esca fuori dal tessuto socio-produttivo (perdendo possibili risorse) e in seguito si compiono azioni nel tentativo di recuperarlo (spendendo risorse).

La filosofia e la metodologia di VitAttiva, invece, ribalta questo punto di vista: l'intervento è di tipo preventivo e di conseguenza si fa in modo che chi si avvicina alla Terza Età non esca dal tessuto socio-produttivo (non si perdono possibili risorse) e si procede al mantenimento di tale appartenenza (impiegando poche risorse).

E' evidente come tale approccio permetta non solo un evidente risparmio diretto delle risorse economiche impiegate o da impiegare, ma anche un valore aggiunto al tessuto sociale che si ritrova una forza produttiva più ampia (ovviamente in alcuni settori) a costo praticamente zero. Un anziano abile e in salute non solo è un risparmio diretto per il sistema sanitario, ma è anche una risorsa produttiva da impiegare a sostegno dell'economia diretta.

L'unica applicazione possibile per una tale metodologia, che l'Associazione applica dalla sua nascita, è quella della multidisciplinarietà: gli interventi preventivi necessari al raggiungimento di un simile scopo devono riguardare tutte le sfere della vita personale e sociale dell'anziano ed è per questo motivo che gli interventi si articolano nelle sei aree di pertinenza peculiari alla Terza Età: la salute, l'attività motoria, l'alimentazione, la sicurezza, l'ambiente e la comunicazione. E' solo l'insieme di questi elementi che produce "benessere" e chi sta bene, chi si sente bene, partecipa attivamente alla vita della società alla quale appartiene.

Il Forum sulle persone anziane

Il lavoro del Forum sulle persone anziane si è aperto in seduta plenaria l'11 novembre del 2010 con la partecipazione di 121 persone tra rappresentanti di enti e organizzazioni del privato sociale, del Comune di Roma (municipi, dipartimenti, agenzie comunali etc...), della sanità, della Regione e della Provincia, dei sindacati, dell'università, di Ipab ed altri soggetti.

In questa prima occasione di incontro con la "città" si è condiviso il programma di lavoro e l'organizzazione dei successivi incontri. Anzitutto si è deciso, recependo le istanze dei partecipanti, di organizzare la discussione secondo le due seguenti macro-aree tematiche, individuate a partire dai bisogni delle persone: degli anziani non autosufficienti, da una parte; degli anziani in età attiva, dall'altra. Stabilita la necessità di dedicare almeno due incontri alla discussione di ciascuna macro-area tematica, e allo stesso tempo di prevedere un momento di sintesi in plenaria su tutte le questioni discusse nel corso dei vari incontri, si è proceduto alla definizione del seguente calendario:

2 dicembre 2010	1° incontro del gruppo sulla non autosufficienza
16 dicembre 2010	1° incontro del gruppo sulla vita attiva
12 gennaio 2011	2° incontro del gruppo sulla non autosufficienza
26 gennaio 2011	2° incontro del gruppo sulla vita attiva
9 febbraio 2011	Incontro finale in plenaria per la condivisione della sintesi raggiunta

Complessivamente, dunque, il Forum sulle persone anziane si è riunito 6 volte, coinvolgendo in totale 295 persone e con una media di 41 persone ad incontro.⁶

Metodologia

Al fine di garantire la massima partecipazione alla discussione da parte di tutti gli iscritti è stata adottata la metodologia dell'*open café*, basata sulla discussione per sottotemi all'interno di sottogruppi di lavoro (ne sono stati creati due: uno sulla non autosufficienza e uno sulla vita attiva).

Il primo incontro, dedicato alla *non autosufficienza*, è stato così organizzato (e così quelli a seguire): sono state presentate le sintesi dei contributi scritti pervenuti, e proposti i seguenti tre sotto-temi di approfondimento: assistenza domiciliare integrata, residenzialità e azioni di sistema. Naturalmente i sotto-temi di discussione potevano variare da incontro a incontro. A quel punto i partecipanti sono stati invitati a distribuirsi spontaneamente nei corrispondenti sottogruppi di discussione. Sono stati individuati tre coordinatori (uno anche tra i partecipanti), uno per ciascun sottotema: ad essi è stato affidato il compito di guidare la discussione e di predisporre successivamente una sintesi dei suoi principali contenuti. I coordinatori si sono avvicendati alla guida della discussione nei tre tavoli con una cadenza di 40 minuti, così che dopo 120 minuti di discussione tutti i partecipanti avevano avuto modo di discutere su tutti e tre gli ambiti tematici.

Questa metodologia si è rivelata particolarmente efficace, perché ha favorito in gruppi ristretti la partecipazione di ciascuno al dibattito, facilitando il coinvolgimento di chi non ama esporsi in pubblico o comunque di chi non ha familiarità con ampie platee. La discussione e il confronto sui singoli temi si è potuta così arricchire del contributo della maggior parte dei presenti.

Nel corso degli incontri del sottogruppo dedicato all'analisi dei bisogni degli anziani in età attiva si è proceduto alla conduzione di un piccolo sondaggio diretto a esplorare le opinioni dei partecipanti circa la definizione di "invecchiamento attivo". L'allegato 1 contiene il questionario che è stato

⁶ La media è calcolata solo sugli incontri di discussione tematica e la plenaria finale. La plenaria iniziale è stata esclusa dal calcolo, perché la partecipazione è risultata molto ampia per un chiaro effetto "curiosità". Dagli incontri tematici è stato escluso quello del 26 gennaio che è coinciso con lo sciopero generale dei trasporti, e che per questo motivo ha visto una pesante penalizzazione della partecipazione. Pertanto la media è stata calcolata su 4 anziché su 5 incontri.

somministrato per autocompilazione dai partecipanti al Forum. I risultati del sondaggio sono stati presentati ai partecipanti e utilizzati per stimolare la discussione all'interno del gruppo di lavoro.

I principali risultati del Forum: le criticità e le proposte

Al fine di restituire un quadro sintetico e chiaro di quanto emerso dalla discussione nei due gruppi sulla non autosufficienza e sulla vita attiva, si è deciso di presentarne le rispettive criticità e proposte in due distinti capitoli. In un terzo, infine, saranno discussi alcuni punti relativi alle azioni di sistema.

Si sceglie di partire dalle criticità e le proposte legate alla vita attiva nella convinzione che una più incisiva opera di "attivazione" dell'anziano come risorsa per il bene comune possa efficacemente prevenire il degenerare delle sue condizioni psico-fisiche e quindi il bisogno di cure e assistenza da parte di altri soggetti. L'allungamento della vita comporta anche un maggior numero di anni in cui le persone anziane vivono in buone condizioni di salute, libere da disabilità: un tempo "liberato" rispetto al quale si fa ancora troppo poco per valorizzare l'anziano come risorsa per la società.

Successivamente saranno evidenziate le numerose criticità e alcune interessanti proposte di policy sui servizi e le misure che sarebbe opportuno prevedere per supportare le persone anziane fragili che necessitano di interventi di assistenza leggera e quelle con problemi di non autosufficienza. Il processo di invecchiamento della popolazione porta con sé inevitabili problemi legati alla gestione di quella fase della vita, la "quarta età", in cui la persona anziana inizia a perdere la sua autosufficienza e a necessitare di cure e assistenza più o meno continuative. Tale bisogno di cure in genere inizia a manifestarsi tra i 75 e gli 85 anni ed aumenta esponenzialmente negli anni successivi (Oecd, 2005).

Criticità e proposte per la vita attiva

CRITICITA'	PROPOSTE
<p>Scarsa attivazione degli anziani che frequentano i Centri Anziani e che invece potrebbero essere coinvolti in iniziative di rilevanza sociale.</p> <p>Scarsa "socializzazione" del tempo "liberato"</p>	<p>1. Promuovere il volontariato senior da orientare verso le seguenti attività sociali:</p> <p>a) iscrivere gli anziani che si rendono disponibili nel registro della Casa del Volontariato che coordina una servizi e progetti in cui gli anziani attivi potrebbero essere coinvolti (es. Pronto Nonno, Nonna Roma e il Pony della Solidarietà). Si tratta di servizi di assistenza leggera che fornirebbero un significativo sostegno a molte famiglie con anziani che necessitano di aiuto nello svolgimento di alcune attività giornaliere (fare la spesa, cucinare, andare in banca, alla posta, uscire per visite mediche etc...). Tale iniziativa sarebbe coerente con quanto disposto dall'art. 2 del Regolamento Comunale sui CSA. Per favorire l'adesione a tale iniziativa da parte degli anziani si potrebbe immaginare il riconoscimento di crediti da utilizzare per buoni spesa, biglietti concerti, teatri, cinema etc...</p> <p>Il volontariato potrebbe esplicarsi anche in attività di decoro urbano, di protezione civile, etc...</p> <p>b) organizzazione di laboratori teatrali finalizzati alla presentazione di rappresentazioni i cui proventi potrebbero essere destinati alla realizzazione di progetti elaborati dagli anziani medesimi.</p> <p>Si propone di accogliere nei Centri anziani anche gli anziani fragili al fine di recuperare e mantenere attive le loro capacità psico-fisiche, evitarne l'isolamento, aiutarli a costruire nuove relazioni e nuovi interessi.</p> <p>Si propone di creare in ogni Centro anziani un "Osservatorio sociale" con funzione di monitoraggio del territorio per individuare anziani fragili in difficoltà e attivare il loro coinvolgimento nella vita del Centro. Il Centro dovrebbe prevedere un programma integrato di attività: redazionali, corporee (ginnastica), culturali, cognitive ed espressive (musica e canto, manuali).</p>

Debole interazione tra generazioni	<p>Prevedere iniziative di incontro e scambio culturale tra giovani e anziani consentendo a questi ultimi di sentirsi parte attiva del tessuto sociale. Si potrebbero stimolare iniziative culturali che mettano a tema conoscenze che sono patrimonio degli uni o degli altri: la memoria storica, nel caso degli anziani; l'uso delle nuove tecnologie, nel caso dei giovani.</p> <p>I luoghi per realizzare queste attività: le scuole (nell'ambito dei programmi di offerta formativa); le biblioteche; i circoli culturali, le associazioni.</p> <p>Creazione di orti sociali nei parchi e nelle ville comunali, riservando porzioni di terra da destinare a orti o giardino la cui lavorazione è affidata a anziani e bambini/ragazzi.</p> <p>I prodotti della terra potrebbero essere venduti a gruppi di consumo critico. In questo modo si coglierebbe l'occasione per insegnare ai ragazzi come risparmiare pur acquistando prodotti di qualità; dare loro nozioni di educazione alimentare etc...</p> <p>Favorire protocolli d'intesa o accordi tra Università del territorio e servizi sociali municipali per consentire l'incontro tra il bisogno di alloggio dei giovani studenti e il bisogno di compagnia e assistenza leggera di molti anziani. Già sono attivi alcuni progetti a Roma (progetto Uniexchange) e i risultati incoraggiano il perseguimento di questa strada.</p>
Scarsa valorizzazione dei saperi e delle competenze maturate dalle persone anziane nel corso della loro vita lavorativa	<p>Creazione di laboratori artigiani d'impresa dove gli anziani, che hanno al loro disporre conoscenze e competenze relative a una serie di mestieri artigiani:</p> <ol style="list-style-type: none"> conducono incontri di informazione sui mestieri artigiani ("L'arte del fare"); offrono consulenza a vari livelli a giovani interessati a intraprendere un'attività di tipo autonomo; svolgono attività di <i>tutoring</i> e <i>mentoring</i> di giovani che desiderino avviare un'attività artigianale.
Scarsa attenzione alla promozione e al potenziamento del life-long learning .	Favorire i corsi di formazione, come l'UPTER (Università Terza Età), intervenendo anche con agevolazioni per pagare i costi;
Difficoltà a reinserire nel mercato del lavoro giovani-anziani le cui competenze sono obsolete	Borse lavoro per "giovani anziani", inoccupati ma troppo giovani per la pensione e troppo vecchi per un lavoro vero e proprio
Scarsa informazione a fini preventivi	Organizzazione di corsi di prevenzione sanitaria, educazione alimentare, primo soccorso, sull'alcol e sul fumo, sul diabete, sui disturbi cardiocircolatori etc...

Criticità e proposte per anziani fragili e non autosufficienti

Al bisogno di cure e assistenza che si manifesta al ridursi del grado di autonomia personale rispondono generalmente in via formale assistenti familiari legati al beneficiario da un contratto di lavoro di tipo privatistico (badanti, assistenti familiari etc..) oppure operatori sociali e sanitari (assistenti sociali, domiciliari, operatori socio-sanitari) inquadrati nei servizi sociali territoriali pubblici (gestione diretta) o nelle realtà del Terzo Settore (cooperative sociali, associazioni, etc..) che operano in convenzione con il pubblico (gestione indiretta). Ma c'è anche una via informale attraverso la quale si realizza l'assistenza, ed è quella caratterizzata dal gratuito lavoro di cura offerto da familiari (prevalentemente donne) o, più raramente, da amici. L'assistenza formale può essere fornita presso il domicilio della persona che necessita di cure o presso una struttura di tipo residenziale (casa di riposo, residenza sanitaria assistita etc..). Talora sono previsti dei contributi economici a favore della persona assistita affinché possa acquistare sul mercato i servizi di cui ha bisogno, nella forma di assistenza domiciliare o in una struttura diversa dalla propria abitazione, o ancora per remunerare almeno in parte un care-giver informale.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, il cui trend va nella direzione di un inarrestabile aumento delle sue proporzioni, non potrà non generare ulteriore pressione sulle risorse da destinare all'assistenza delle persone che si troveranno a necessitare di cure per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e il rapporto tra la spesa per long-term care e Pil sarà destinato ad aumentare.

CRITICITA'	PROPOSTE
<p>Si sente la necessità di giungere ad una più chiara definizione di “anziano fragile” Quali le dimensioni rispetto alle quali si caratterizza la condizione di fragilità di una persona? Quella economica, fisica, psichica, cognitiva, relazionale o un mix di queste?</p>	<p>Conduzione di un'indagine per la messa a punto di un sistema di indicatori di valutazione del tipo e del grado di fragilità della persona anziana. Sistema da adottare poi in modo omogeneo in tutti i Municipi per assicurare equità sul territorio nell'erogazione di prestazioni e servizi legati a tale condizione.</p>
<p>Inadeguatezza dei Centri Diurni per Anziani Fragili. Questi centri rispondono ad una importante domanda di inclusione sociale e di contrasto al rischio di isolamento delle persone anziane. Tuttavia presentano una serie di criticità, legate principalmente alla disponibilità di posti, quindi al loro numero</p>	<p>Si propone di inserire i Centri Diurni all'interno dei Centri Sociali per Anziani in modo da risparmiare sul costo dei locali e liberare così risorse economiche da reinvestire in altri servizi di prossimità sul territorio</p>

<p>Difficoltà nell'individuare gli anziani fragili isolati, che non si rivolgono né alla rete formale dei servizi né possono contare su aiuti informali</p>	<p>Si evidenzia la necessità di effettuare una mappatura degli anziani del territorio (a cura del Municipio corrispondente) per individuare quelli che versano in condizioni di maggiore fragilità, e attivare così gli interventi sociali più appropriati.</p> <p>Si segnala l'esperienza della Comunità di S. Egidio avviata nel 2004 nei quartieri Trastevere e Testaccio, ora attiva anche all'esquilino, nell'ambito del Programma "Viva gli anziani". In collaborazione con il Comune di Roma, il Ministero della Salute, la Regione Lazio è stato attivato il progetto "cerca gli anziani" per tutto l'anno, ma in particolare quando si immagina che possano essere in maggiore difficoltà: d'estate, d'inverno o quando ci sono delle difficoltà impreviste. Il modello di intervento si basa su una rete di servizi leggeri, permanenti, a costi molto contenuti.</p>
<p>Scollamento tra l'operato dell'Amministratore di sostegno e la rete dei servizi alla Persona. Ciò comporta una sottovalutazione e una non adeguata considerazione dei i bisogni psicologici, relazionali e fisici dell'anziano fragile e del contesto in cui l'azione dell'Amministratore di sostegno si cala. Scarsa ne risulta la considerazione dei bisogni legati anche a condizioni psico-fisiche specifiche (es.: persone anziane fragili con patologie neurodegenerative gravi – Alzheimer).</p>	<p>Al momento della richiesta del ricorso all'Amministratore di Sostegno (Giudice Tutelare - Tribunale Civile) dovrebbe essere contemporaneamente attivato d'ufficio il servizio sociale del territorio di appartenenza dell'anziano, che valuterà le condizioni del nucleo familiare stabilendo d'accordo con il servizio sanitario un piano di presa in carico e di eventuali interventi. Il servizio sociale avrà il compito di valutare e monitorare le condizioni ambientali e le necessità della Persona – attivando, ove necessario, a sua volta, ulteriori servizi nell'ottica dell'intervento sociosanitario in rete e multidisciplinare, e farà da riferimento anche per l'Amministratore di Sostegno.</p> <p>Si propone di attivare uno sportello in Tribunale, a Via Lepanto, gestito da assistenti sociali del Dipartimento, diretto a facilitare la comunicazione tra Servizi e Tribunale e attraverso il quale accedere più celermente ad atti, documenti e relazioni necessari al monitoraggio dell'opera dell'Amministratore di Sostegno.</p>
<p>Assenza di un sistema di monitoraggio e valutazione dell'operato degli amministratori di sostegno</p>	<p>Introdurre un sistema di monitoraggio e valutazione dell'adempimento da parte degli amministratori di sostegno dei compiti di cui sono responsabili, a cura dei servizi sociali medesimi.</p>
<p>Insufficiente promozione dell'insieme dei servizi attualmente attivi a favore delle persone anziane (pronto nonno, tele compagnia, tele monitoraggio)</p>	<p>Promuovere e pubblicizzare i servizi attualmente attivi al fine di consentire un maggiore accesso ai servizi stessi.</p> <p>Potenziamento dei canali di informazione e comunicazione territoriale.</p>

Bisogni legati alla non autosufficienza (parziale o totale)

Principi di fondo

Si è convenuto sulla necessità di mettere la **persona** al centro dell'analisi dei bisogni. Questo significa fare del **PAI** (Piano di assistenza individualizzata) il punto centrale intorno al quale si costruisce il "progetto" su misura di ciascun anziano. A tal fine occorre:

- Una valutazione integrata con i servizi della ASL della situazione complessiva dell'anziano
- Una valutazione che tenga conto di indicatori condivisi da tutti i Municipi e distretti ASL;
- Una costruzione integrata del PAI, contenente la tipologia delle prestazioni e la loro durata, la scadenza e la figura professionale operante.

Si è convenuto sulla necessità di **ridurre al minimo gli interventi di tipo residenziale** e di evitare la sanitarizzazione **della non autosufficienza**, attraverso il potenziamento di forme di assistenza domiciliare integrata e servizi di sollievo per le famiglie delle persone anziane non autosufficienti. Occorre creare un nuovo modello pubblico di assistenza, improntato ad una logica di reale integrazione socio-sanitaria, capace di instaurare una virtuosa cooperazione con il mercato e con il terzo settore, aprendosi alle realtà associative del territorio.

Riducendo il ricorso alla istituzionalizzazione sarà possibile **offrire una più ampia gamma di servizi territoriali efficaci** e ridurre la spesa per le rette RSA, garantendo allo stesso tempo l'appropriatezza dei setting assistenziali. E' necessario introdurre risorse assistenziali sul territorio che consentano di offrire servizi domiciliari intensivi. Questo consente di limitare gli inserimenti in RSA solo ai casi che non possono rimanere nel domicilio pur avendo una copertura assistenziale totale.

Non si può trascurare il fatto che, per una parte della popolazione anziana, la soluzione residenziale si pone come una necessità ineludibile. Per questo è necessario pensare a soluzioni innovative capaci di assicurare un adeguato standard di qualità della vita.

Qualità dei servizi e qualità della vita, dunque, il binomio imprescindibile dell'assistenza alla persona, compatibile con una **gestione più efficiente delle risorse economiche disponibili**.

CRITICITA'	PROPOSTE
Mancata attivazione dei PUA – primo ostacolo alla realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria	Attivazione dei PUA secondo quanto disposto dalla normativa regionale DGR Lazio n. 433/2007
Sottoutilizzo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) L'ADI è realizzata in poche esperienze isolate.	Presso la Regione Lazio la Direzione dei servizi sociale e la Direzione dei servizi sanitari stanno lavorando ad una Intesa per definire l'applicazione dell'ADI rivedendo anche la vecchia normativa, si propone quindi che Roma Capitale apporti il proprio contributo di esperienza positiva e di criticità alla riflessione che si sta sviluppando in Regione anche attraverso il presente Forum. Creazione di Protocolli per l'integrazione a livelli Dirigenziali anche per l'ADI così come si è fatto per le Dimissioni Protette.

<p>Eccessiva rigidità dei pacchetti di servizi previsti dalla Delibera 479/2006; mancanza di flessibilità da un pacchetto all'altro e difficoltà a fornire un servizio con un monte ore superiore al tetto massimo previsto.</p>	<p>Rivisitazione dei pacchetti della 479/2006 che risultano essere troppo rigidi nella loro applicazione verso una maggiore flessibilità rispetto ai tempi e alle tipologie di servizi da erogare per rispondere al reale bisogno di assistenza dell'anziano.</p> <p>Si segnala l'esperienza del X Municipio in cui il servizio opera sulla base di un Accordo di Programma tra Servizio Sociale e l'Unità Valutativa multidisciplinare tra Municipio e Cad di zona. E' un servizio di assistenza domiciliare integrata con una presa in carico degli assistiti (sostenibile da un punto di vista sociale e sanitario), e in alcuni casi, per gravissima situazione, sino a 18 ore settimanali, superando il monte ore massimo previsto dalla Delibera 479/2006.</p>
<p>Asimmetrie nella composizione delle équipe di valutazione multidimensionale per l'autorizzazione all'ammissione in Rsa</p>	<p>Integrare la composizione delle équipe di valutazione multidimensionale con un assistente sociale territoriale (oltre a quello della Asl) in modo da creare una maggiore integrazione tra sociale e sanitario</p> <p>Rivalutare il ruolo degli assistenti sociali municipali nell'ambito del processo di valutazione multidimensionale del Cad. Si propone di istituire una équipe integrata Asl/Municipio, in cui accanto alle figure dei sanitari e dell'assistente sociale della Asl sia prevista quella dell'assistente sociale del Municipio.</p>
<p>L'intensità assistenziale offerta attualmente dai servizi domiciliari non è sufficiente a rispondere ai bisogni degli anziani che hanno una grave compromissione delle capacità funzionali e che richiedono un'assistenza domiciliare di lungo orario non prevista dalla DGC 479/2006.</p>	<p>Estensione alla fascia di popolazione anziana del "Disciplinare per l'attuazione del servizio di aiuto alla persona disabile (SAISH)" con le stesse modalità di erogazione del servizio domiciliare. In tal modo si potrà garantire la permanenza presso il proprio domicilio e prevenire l'istituzionalizzazione di anziani non autosufficienti che necessitano di un'assistenza h24 o a fasce orarie prolungate nella giornata.</p>
<p>Sottoutilizzo delle dimissioni protette</p> <p>L'anziano al momento della dimissione si trova in una situazione di "vuoto assistenziale" passando da un'assistenza continua nelle 24 ore ad una "interruzione delle cure" mentre il suo stato di salute non è ancora completamente stabilizzato.</p>	<p>Estendere il ricorso alle Dimissioni protette per gli anziani con necessità di cure e assistenza socio-sanitarie al momento del rientro a domicilio a seguito di un periodo di ospedalizzazione.</p> <p>Estendere le dimissioni protette anche ai reparti di post acuzie con la possibilità di offrire interventi di lungo orario o h 24.</p> <p>Implementare il servizio delle dimissioni protette, integrando le prestazioni sanitarie con quelle sociali.</p>

<p>Insufficienza dell'Assistenza Domiciliare Criticità delle liste di attesa per l'accesso all'assistenza domiciliare (integrata)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lunghezza delle liste ▪ Lunghezza dei tempi di attesa 	<p>Rendere l'assistenza domiciliare più flessibile, modulata secondo i livelli di intensità assistenziale con interventi socio-sanitari al bisogno. Prevedere particolari tipologie di intervento all'interno dell'Assistenza Domiciliare quali ad esempio, i pasti a domicilio, l'accompagnamento e il trasporto.</p> <p>Valorizzazione del Terzo settore, volontariato, associazionismo, famiglia e vicinato, a favore dell'anziano non autosufficiente (sussidiarietà orizzontale).</p>
<p>Assenza di uniformità nei criteri di valutazione per l'individuazione degli anziani fragili per la formazione e la gestione delle liste</p>	<p>Estendere i criteri adottati dal Municipio XIII Servizio Sociale I livello nelle diverse realtà territoriali al fine di uniformare la gestione delle liste di attesa. Tali criteri sono finalizzati a rilevare la situazione reddituale, abitativa, relazionale, sanitaria e di autosufficienza degli anziani attraverso l'attribuzione di diversi punteggi per ciascuna situazione. In allegato la scheda di rilevamento anziani utilizzata.</p>
<p>Necessità di dare seguito a progetti sperimentali che favoriscono l'incontro del pubblico con il privato e diretti:</p> <p>a) all'emersione del lavoro nero nel settore della cura e alla regolarizzazione dei lavoratori coinvolti;</p> <p>b) alla professionalizzazione del lavoro di cura</p>	<p>Potenziare il servizio "Insieme si può", sia nel numero di anziani assistiti sia nei tempi di durata del servizio. Nell'ambito del servizio:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. realizzare un sistema informatizzato efficiente per una migliore gestione del Registro cittadino; b. potenziare la prossimità territoriale con gli utenti tramite il decentramento degli sportelli; c. favorire una sempre maggiore conoscenza degli Assistenti Familiari da parte degli operatori; d. creare una rete con gli operatori dei Municipi. e. prevedere un sostegno agli anziani che mettono in regola gli Assistenti Familiari con un contributo che li possa accompagnare per un periodo maggiore di 12 mesi (Memoria di Giunta che modifichi la D.G.C. 521/2005). f. proseguire con la formazione degli assistenti familiari. g. verificare e controllare il corretto svolgimento del servizio (contributi pagati, ecc). h. introdurre un servizio gratuito di consulenza per le famiglie per il disbrigo di tutte le pratiche legate alla gestione delle buste paga, del calcolo dei contributi, delle ferie dovute, del Tfr etc... cioè degli impegni che vedono la famiglia coinvolta in qualità di datore di lavoro.
<p>Necessità di adeguamento della Delibera C.C. 154/97</p>	<p>Adeguare i criteri di accesso e l'entità del sostegno economico previsto dalla delibera C.C. 154/97 alle mutate condizioni socio economiche delle famiglie e al costo della vita. La delibera prevede l'erogazione di un contributo per l'assistenza ai non autosufficienti che rappresenta una valida alternativa alla istituzionalizzazione.</p>
<p>Assenza dell'assistenza indiretta come contributo alle spese sostenute dall'anziano o da un suo familiare per l'assistenza familiare.</p>	<p>Assistenza indiretta per gli anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti sul modello di quella realizzata per i disabili.</p>

<p>Criticità connessa alla capacità effettiva di assicurare su tutto il territorio comunale equità di accesso all'esercizio dei diritti e alle prestazioni essenziali.</p> <p>Difformità tra i Municipi della popolazione assistita nel Saisa e differenze nella spesa procapite.</p>	<p>La proposta sviluppata dal mondo della cooperazione sociale, si avvia da una iniziale ipotesi di redistribuzione delle risorse complessive attuali del Saisa su tutto il territorio cittadino con definizione di spesa media annua equa per utente, e dal far si che la percentuale di anziani assistiti sia omogenea su tutti i Municipi in rapporto alla popolazione residente. L'articolazione della proposta prevede la possibilità di applicare, modulare e variamente combinare diverse forme di intervento, alcune già previste dal sistema, altre innovative, flessibili e leggere in risposta alla contingenza del bisogno e in ragione della specificità dell'utenza, attraverso una diversa organizzazione dei servizi. Tale operazione tutt'ora allo studio, rivela di poter garantire un incremento dell'utenza mantenendo l'attuale spesa cittadina. Precisiamo tuttavia che la realizzazione del sistema, con la possibilità di articolare e combinare variamente le diverse modalità di intervento, previo processo di attento monitoraggio, raccolta sistematica dei dati, valutazione condivisa con l'Ente pubblico, controllo e verifica del committente, si sostanzia sulla possibilità di assicurare alle strutture autonomia progettuale e distanza dalla attuale modalità prestazionistica derivante dalla 'traduzione' del sistema di accreditamento.</p>
---	--

Assistenza anziani malati di Alzheimer e anziani con patologie gravi

CRITICITA'	PROPOSTE
<p>Insufficiente numero di Centri per anziani con Alzheimer</p> <p>Necessità di ripensare l'assistenza per la fase grave della malattia, fase in cui è maggior il bisogno e minore l'aiuto</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Occorre una valutazione preventiva multidimensionale di 1° livello, che preceda la presa in carico dell'anziano da parte di un servizio sia sociale che sanitario. 2. Si propone di potenziare la rete di servizi integrati tra centri diurni e assistenza domiciliare, specialmente a supporto di quelle famiglie che hanno al loro interno anziani con Alzheimer. 3. Prevedere la possibilità di permanenza degli anziani nei centri diurni Alzheimer anche quando si aggrava la malattia ed è necessaria una più alta intensità assistenziale. 4. Al momento della dimissione dal centro garantire all'anziano il passaggio ad interventi domiciliari che garantiscano la copertura assistenziale per lo stesso numero di ore al giorno. 5. Prevedere nel centro attività che sollecitino positivamente l'assistito, rallentando il processo di progressione della malattia (es.: Offrire eventi musicali secondo gli studi di musicoterapia).

<p>Insufficienza dell'assistenza domiciliare ai malati di Alzheimer e con patologie neurodegenerative gravi. In alcuni Municipi è ancora in fase di sperimentazione. Costi elevati. Numero limitato di anziani assistiti.</p>	<p>Occorre che i servizi possano gestire il malato nell'evoluzione della malattia nelle diverse fasi (il Centro Alzheimer accoglie i lievi e poi li dimette quando si aggravano, nella fase "alta" l'anziano e i suoi familiari trovano il vuoto istituzionale intorno a loro e ricorrono all'assistente familiare) Valorizzazione del progetto "Insieme si può". Potenziare la formazione di operatori specializzati nell'assistenza a persone con queste patologie: Educatori professionali, OSS, Assistenti Familiari. Prevedere corsi di formazione anche per i familiari che debbono essere "preparati" a far fronte alle diverse manifestazioni della malattia.</p>
--	---

La residenzialità

CRITICITA'	PROPOSTE
<p>Problemi di risorse umane, professionali, nonché economici delle Rsa</p>	<p>a) creare delle Rsa territoriali, che consentano all'anziano di non perdere la prossimità con il luogo in cui è vissuto e soprattutto per consentire ai familiari di non perdere i contatti con il proprio congiunto e non essere costretti a lunghi e pesanti spostamenti, difficilmente conciliabili con gli impegni lavorativi e familiari. Si consideri che le liste di attesa per l'accesso in Rsa su Roma vanno da 1 a 2 anni; altrimenti occorre andare fuori Roma, con gravi disagi sia per i familiari, che per l'anziano medesimo; b) collegare maggiormente le Rsa al volontariato locale (per l'organizzazione di iniziative ricreative e culturali) e improntarle ad un modello residenziale pubblico e non privato; c) orientarsi alla temporaneità dell'assistenza in Rsa, in modo da favorire un più rapido turn-over degli ospiti e lo snellimento delle liste di attesa; d) rivedere la soglia reddituale per l'accesso in Rsa, attualmente eccessivamente bassa e restrittiva rispetto al bisogno (13.000 euro annui).</p>
<p>Costo eccessivo delle case di riposo (alberghieri e non) che risultano date in appalto e convenzione</p>	<p>Unificare e internalizzare la gestione delle case riposo.</p>
<p>Assenza dei requisiti e autorizzazioni delle case di riposo e delle comunità alloggio private. Alcune strutture private ricevono finanziamenti comunali in base a convenzioni ma non hanno i requisiti. Altre strutture private hanno l'autorizzazione della ASL ma non quella comunale e l'anziano all'interno di queste ultime non riceve il contributo comunale sulla retta.</p>	<p>Rivedere i criteri di accreditamento e le autorizzazioni delle case di riposo e delle comunità alloggio private. Effettuare maggiori controlli</p>

<p>Presenza nelle case di riposo di persone anziane non autosufficienti</p>	<p>Creazione di una formula integrata Casa di riposo/Rsa che veda la cooperazione istituzionale tra Regione, Comune e Asl, e in cui, in virtù di specifici accordi e protocolli, si realizzino interventi socio-sanitari integrati a carattere preventivo, di assistenza sanitaria, riabilitativa e sociale (soluzione alloggiativa).</p>
<p>Mancanza di soluzioni alternative di residenzialità senior integrata con servizi alla persona a fronte del diffuso disagio abitativo riscontrato tra le persone anziane della Capitale (morosità, fine locazione etc..).</p> <p>A Roma, nel 2009, circa 775 nuclei familiari composti da anziani hanno subito lo sfratto. Si tratta di una gravissima emergenza sociale che non è possibile risolvere con l'istituzionalizzazione che comporta costi onerosi per l'Amministrazione e crea una dipendenza totale e permanente delle persone dai circuiti dell'assistenza. Le case di riposo del Comune di Roma prevedono dei costi di gestione molto elevati e attualmente circa 250 persone sono in lista di attesa. Si tratta di anziani autosufficienti che hanno un problema alloggiativo e/o socio-economico.</p> <p>Elevato numero di anziani sottoposti a sfratti con difficoltà a trovare una nuova soluzione abitativa autonoma nel mercato privato.</p>	<p>Prevedere forme alternative alla residenzialità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ condomini protetti; ▪ appartamenti condivisi; ▪ senior co-housing. <p>Si propone la realizzazione di nuove tipologie di servizi residenziali come previsto dalla legge regionale 41/2003. E' necessario avviare dei tavoli di lavoro integrati con il Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, il Dipartimento del Patrimonio e della Casa, l'Ater per reperire strutture per la realizzazione di nuove tipologie residenziali.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Casa famiglia (anche per l'accoglienza temporanea di anziani in una situazione di emergenza alloggiativa). ✓ Comunità alloggio ✓ Casa albergo

Azioni di sistema

Integrazione tra sistemi

CRITICITA'	PROPOSTE
<p>Integrazione flussi informativi sociali e sanitari.</p>	<p>Istituire un tavolo di lavoro Dipartimentale, con i Municipi e con la Regione Lazio, che discuta dei criteri di valutazione della gravità degli anziani a partire dal Progetto Banca Dati delle fragilità socio-sanitarie e dagli indicatori individuati in quel progetto.</p>

Co-progettazione

CRITICITA'	PROPOSTE
	Istituire un confronto permanente (tavoli territoriali, tavoli cittadini) che consenta la condivisione e lo scambio per progettazione. Individuare spazi da destinare alle piccole associazioni cittadine che necessitano di un luogo in cui incontrarsi per ideare e co-progettare interventi in rete

Integrazione socio-sanitaria dei servizi alla persona

CRITICITA'	PROPOSTE
Assenza di integrazione socio-sanitaria	Attivare il PUA (Punto unico di accesso) al fine di individuare i problemi socio-sanitari degli anziani e al fine di agire in modo unitario per soddisfarli.
Assenza di integrazione socio-sanitaria per il servizio di assistenza domiciliare	Considerare come modello di integrazione il servizio relativo alle dimissioni protette.

Continuità assistenziale territorio e distretti sanitari

CRITICITA'	PROPOSTE
Scarsa continuità tra territorio e distretti sanitari	L'IPAB Istituto Romano di San Michele propone un piano di rilancio. L'obiettivo è quello di costruire una continuità assistenziale tra territorio e ospedale, per una più agile identificazione delle patologie a gestione territoriale e una formazione geriatrica specifica per le figure professionali coinvolte, attraverso l'integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali, l'integrazione tra soggetti istituzionali (Regione, Comune, ULSS). I soggetti coinvolti dovrebbero essere: Anziani poveri, disabili e loro famiglie, Istituzioni, operatori socio-sanitari, Associazioni di Volontariato.

Appendici relative al lavoro del forum

Appendice 1 Questionario sull'Invecchiamento attivo

Sottogruppo: "I bisogni degli anziani autosufficienti"

1. Dati sulla persona intervistata:

Sesso: Maschio Femmina Fascia d'età: 20-39 40-49 50-59 60+

Attività svolta presso: Comune di Roma Altro Comune Provincia Regione

Ministeri Università, enti pubblici di ricerca Altri enti pubblici ONLUS

Società di servizi Altro

2. Definizioni di Invecchiamento attivo e azioni da privilegiare:

2.1 A suo parere, quale dovrebbe essere l'età di pensionamento per le seguenti categorie di lavoratori, distinguendo eventualmente tra uomini (U) e donne (D)?

- a) Operaio, manovale, ecc. U: 55-59 ; 60-64 ; 65+ D: 55-59 ; 60-64 ; 65+
- b) Operatore tecnico, ecc. U: 55-59 ; 60-64 ; 65+ D: 55-59 ; 60-64 ; 65+
- c) Impiegato, quadro, ecc. U: 55-59 ; 60-64 ; 65+ D: 55-59 ; 60-64 ; 65+
- d) Dirigente U: 55-59 ; 60-64 ; 65+ D: 55-59 ; 60-64 ; 65+

2.2 La letteratura sull'argomento distingue quattro aspetti dell'invecchiamento, definiti nella tabella sottostante. Secondo lei, su quale di questi aspetti si dovrebbero concentrare maggiormente le azioni del Piano regolatore sociale di Roma Capitale? (barrare solo la casella corrispondente)

Invecchiamento attivo	Processo d'ottimizzazione delle opportunità di benessere fisico, sociale e mentale lungo il corso della vita al fine d'estendere la speranza di vita in buona salute, la produttività e la qualità della vita in età avanzata (WHO 2002)	Invecchiamento in salute	Capacità di continuare a funzionare sotto il profilo mentale, sociale ed economico anche quando il proprio corpo rallenta i suoi processi (Hansen-Kyle 2005)
Invecchiamento produttivo	Qualsiasi attività svolta da una persona anziana che produce beni o servizi, o crea le condizioni di produrli, che sia pagato o non quest'attività (Bass, Caro & Chen 1993)	Invecchiamento di successo	Ridotta probabilità d'ammalarsi o d'incorrere nella disabilità a causa di malattia; elevata capacità d'operare dal punto di vista intellettuale e fisico ed atteggiamento attivo nei confronti della vita (Minkler & Fadem 2002)

2.3 Sono qui elencate alcune condizioni, attività o interessi che possono caratterizzare l'invecchiamento attivo. La preghiamo di segnare sulla relativa scala in che misura l'invecchiamento attivo può essere ricondotto a ciascuna di esse (0 = per niente d'accordo; 1 = poco

d'accordo; 2 = molto d'accordo; 3 = del tutto d'accordo). La preghiamo anche di segnare nella colonna a destra quali di queste condizioni o attività, secondo la sua opinione, il Piano regolatore sociale di Roma Capitale dovrebbe cercare di favorire.

- | | |
|--|---------------------|
| a) Lavorare come dipendente in età anziana
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| b) Lavorare in modo indipendente come professionista
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| c) Lavorare come imprenditore o commerciante
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| d) Lavorare saltuariamente per integrare la pensione
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| e) Lavorare in organizzazioni del volontariato
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| f) Prestare servizio in associazioni di volontariato o del Terzo Settore
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| g) Dedicarsi ad attività politica o di cittadinanza attiva
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| h) Dedicarsi al bricolage, giardinaggio/orticoltura, ecc.
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| i) Dedicarsi allo sport, palestra, jogging, footing, ballo, ecc.
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| j) Intrattenersi con giochi da tavolo e simili
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| k) Frequentare cinema, teatro, concerti, mostre, ecc.
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| l) Dedicarsi alla lettura, all'ascolto della musica
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| m) Fare viaggi, gite, visite culturali, religiose o ricreative
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| n) Dedicarsi ai lavori casalinghi, cucina, cura dei nipoti, ecc.
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |

2.4 Quali sono secondo lei i problemi che più impediscono un invecchiamento attivo? (segnare su ciascuna scala il grado d'impedimento esercitato: 0 = nessuno; 1 = poco; 2 = abbastanza; 3 = molto). La preghiamo anche di segnare nella colonna a destra su quali di questi problemi, secondo la sua opinione, il Piano regolatore sociale di Roma Capitale dovrebbe cercare d'impegnarsi:

- | | |
|---|---------------------|
| a) Le condizioni di salute fisica
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| b) La negativa percezione del proprio stato di salute
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| c) Le condizioni di salute mentale
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |
| d) Non sentirsi al sicuro,
<input type="checkbox"/> | 0-----1-----2-----3 |

- e) L'insufficienza di servizi che favoriscano la mobilità 0-----1-----2-----3
- f) Le scarse risorse economiche 0-----1-----2-----3
- g) La carenza di strutture dedicate ad attività per le persone anziane 0-----1-----2-----3

3. Esperienze positive d'interventi per l'invecchiamento attivo (menzionare e descrivere brevemente evidenziando gli aspetti positivi):

.....
.....
.....
.....

4. Proposte d'interventi volti a sviluppare l'invecchiamento attivo (descrivere brevemente):

.....
.....
.....
.....

La ringraziamo per la sua collaborazione.

Appendice 2 Contributo scritto A

Nome e Cognome Milito Giorgia
E-mail g.milito@associazionealbertosordi.it
Organismo/Ente Associazione Alberto Sordi Onlus (Centro Diurno per Anziani fragili)
Data 15-02-2011

Progetto di sperimentazione: “ *Sezione Diurna – Centri Anziani* ”

1. Finalità generali

Studio e sperimentazione di un nuovo servizio di assistenza sociale da offrire ad Anziani Fragili del territorio municipale attraverso l'estensione della funzione sociale del “Centro Anziani”.

L'obiettivo principale è quello di sostenere l'Anziano Fragile nella sua vita quotidiana, per aiutarlo a recuperare e mantenere attive le proprie facoltà psico-fisiche; contrastare atteggiamenti di isolamento coltivando nuove relazioni e sviluppando nuovi interessi; favorire la sua “inclusione” nella società locale.

2. Obiettivo specifico

Inserire nei locali del Centro Anziani, una Sezione Diurna Anziani Fragili che accolga Anziani parzialmente non autosufficienti, abitanti nel territorio di riferimento del Centro Anziani ospitante, per svolgere un Programma di attività mirate al mantenimento e ove possibile al recupero delle loro facoltà psicofisiche.

Svolgere un'azione di promozione verso gli iscritti al Centro Anziani perché comprendano e condividano l'importanza dell'apertura del Centro Anziani anche ad Anziani Fragili e svolgere contestualmente un'attività di formazione per coloro che, si rendano disponibili ad assumere un impegno di volontariato di sostegno alle attività destinate a loro concittadini in difficoltà.

Creare, in prospettiva, un “Osservatorio Sociale” per ogni Centro anziani che, riferendosi alla popolazione anziana della zona, svolga un'attività di monitoraggio attivo delle situazioni di grave disagio sociale ed un'azione di promozione del volontariato.

3. Modalità di realizzazione

Linee generali:

- la sperimentazione, della durata di un anno, promossa e sostenuta dal Municipio XII, verrà gestita dall'Associazione Alberto Sordi.
- destinatari del servizio in sperimentazione saranno Anziani parzialmente non autonomi abitanti nel territorio di riferimento del Centro Anziani ospitante, individuati dal Municipio in accordo con l'Associazione.
- si utilizzeranno alcuni locali del Centro Anziani nei giorni settimanali e nelle fasce d'orario non operative, del Centro, presumibilmente durante la mattina.
- gli Anziani Fragili, abitanti nella zona limitrofa, giungeranno al Centro in modo autonomo; le attività termineranno in tempo perché gli stessi possano tornare alle loro abitazioni per il pranzo.

4. Caratteristiche del servizio – Modello Funzionale

Il percorso di recupero e mantenimento delle facoltà psico-fisiche, nel Progetto da anni attivato nel Centro Diurno Anziani Fragili di Trigoria, prevede lo svolgimento di un **Programma integrato di distinte attività** – relazionali, corporee, culturali, cognitive, espressive, manuali, - capaci di stimolare e portare la Persona anziana ad esercitare tutte le facoltà che un individuo attiva per operare le attività di laboratorio prescelte, sollecitando, con modalità diverse le funzioni psicofisiche della Per-

sona anziana, contribuiscono ad accrescere la propria autostima.

Per avere maggiori possibilità di mantenimento e recupero, è opportuno che l'anziano frequenti il Centro almeno tre giorni alla settimana.

Le attività verranno svolte, secondo un programma settimanale e giornaliero in "laboratori" costituiti da gruppi di lavoro coordinati e guidati da esperti.

I "laboratori" della Sezione Diurna inizialmente attivati saranno:

- **Rassegna Stampa (Area Cognitiva):** Presentazione e commento dei presenti, con il sostegno di un moderatore, dei fatti più significativi del giorno tratti dai quotidiani nazionali;
- **Ginnastica (Area Motoria):** Ginnastica dolce, specifica per gli Anziani Fragili, guidata da un istruttore, all'insegna di un clima di simpatica familiarità;
- **Incontri Culturali (Area Cognitiva):** Incontri con proiezioni di diapositive e DVD, ascolto di CD, visione di programmi di Internet che illustrino usi e costumi, tradizioni ed altre curiosità delle più importanti città e paesi del mondo;
- **Musica e Canto (Area Espressiva):** Momenti di musica eseguita da esperti del settore (con esecuzione di) brani e canzoni popolari;
- **Attività manuali (Area Espressiva):** esecuzione di lavori di sartoria, di maglieria, di decoupage, e altro con la guida di persone esperte nei diversi settori

La schedulazione giornaliera di una giornata tipo potrebbe essere:

9.30	Arrivo al Centro
10.00 - 11.00	Rassegna stampa
11.00 - 11,30	Ginnastica
11.30 - 12.30	Uno dei laboratori previsti, secondo una schedulazione settimanale.

La Sezione, in aggiunta alle funzioni precedentemente descritte, potrebbe aiutare l'anziano nelle pratiche relative alla prenotazione delle visite mediche, ai contatti con gli uffici del Municipio (Segretariato Sociale).

Appendice 3 Contributo scritto B

Nome e Cognome Patrizia Di Carlo

E-mail assistenza@isma.roma.it

Organismo/Ente IPAB ISMA – Istituti di S. Maria in Aquiro [Nessuno]

Data 31 GEN 2011

Riguardo il dibattito aperto sulla possibilità di pensare a strutture residenziali più adatte alle esigenze di persone con un buon grado di autosufficienza in alternativa alle case di riposo riporto le caratteristiche operative del Polo Abitativo degli ISMA, creato nel 2000 come programma pilota di residenzialità anziani.

Il Centro Polivalente di Servizi degli ISMA – Istituti S. Maria in Aquiro, situato in Roma a Via Isola Madre 15, prevede al suo interno le seguenti attività:

- a. Polo abitativo per anziani autosufficienti
- b. Centro socio-ricreativo e culturale
- c. Centro INCANTO HOME per pazienti Alzheimer
- d. Mensa sociale per anziani
- e. Polo Formativo

a. Il Polo Abitativo, sviluppato lungo i tre piani centrali della struttura, è costituito da 14 mini

appartamenti, composti da due camere e servizi, con annesso balconcino, e destinati ad abitazione per anziani in condizione di autonomia psico-fisica. Di tali appartamenti, n. 9 sono rivolti per tipologia e dimensioni all'ospitalità di un solo anziano, e n. 5 adatti all'accoglienza di coppie di coniugi o conviventi. Tali appartamenti sono assegnati in comodato a persone anziane o coppie di anziani che hanno maturato i 65 anni di età e risultano essere titolari di pensione, con priorità riferita a soggetti in condizione di maggior bisogno alloggiativo ed economico. Gli appartamenti sono dotati di blocco cucina e arredi bagno premontati. Gli anziani possono portare i mobili e gli arredi di proprietà, integrandoli, se necessario, con quanto fornito dall'Ente. La struttura è dotata di personale di custodia e di operatori dedicati alle diverse attività, coordinati da un responsabile ISMA, che segue direttamente gli ospiti residenti e tiene i contatti con la rete dei servizi territoriali. Ciascun anziano ha in dotazione le chiavi di accesso alla struttura ed al proprio alloggio, avendo quindi completa libertà di movimento. Per motivi di sicurezza e di tutela personale, è tenuto ad avvertire l'amministrazione solo in caso di assenza prolungata dalla struttura. L'assegnazione è stabilita dall'Amministrazione degli ISMA attraverso l'esame e la valutazione, da parte di apposita Commissione, delle domande pervenute ed a seguito degli accertamenti necessari, concernenti il possesso dei requisiti per l'ammissione e la verifica dell'idoneità all'inserimento.

L'assegnatario dell'appartamento è tenuto a versare un contributo alle spese generali, determinato sulla base del reddito annuo al netto delle trattenute, con le percentuali sotto riportate:

- fino a € 8.000,00	20 % del reddito complessivo
- da € 8.000,00 a € 16.000,00	25 % del reddito complessivo
- da € 16.000,00 in poi	30 % del reddito complessivo

L'importo del contributo comprende gli oneri relativi alla manutenzione ordinaria e straordinaria dell'immobile, i consumi relativi alla parti comuni e quelli relativi al servizio di portineria e custodia. Restano a carico dell'assegnatario le utenze e i consumi individuali. E' consentito ospitare animali domestici e familiari o amici (quest'ultimi per brevi periodi) previa autorizzazione dell'Amministrazione, evitando di compiere atti e tenere comportamenti che possano, comunque, arrecare molestia o danno agli altri abitanti della struttura. Le altre attività svolte in struttura, sono aperte agli assegnatari degli alloggi del polo abitativo, i quali, nel caso vogliano usufruirne, sono tenuti al rispetto dei relativi regolamenti e della programmazione delle attività realizzate all'interno del Centro. E' cura dell'Amministrazione informare i residenti delle attività svolte e delle programmazioni previste.

Attraverso apposita Convenzione con il Municipio IV del Comune di Roma, è stato avviato il servizio di assistenza domiciliare a favore degli anziani residenti che ne presentino necessità temporaneamente o per sopraggiunte condizioni di fragilità. L'assegnatario può utilizzare l'alloggio fino al permanere dei requisiti minimi di autosufficienza, nonché delle altre condizioni richieste al momento dell'assegnazione. Qualora queste condizioni venissero a mancare, il comodatario e/o i familiari degli stessi sono tenuti a mettere in atto tutte le risorse necessarie a garantire all'anziano un adeguato aiuto e sostegno nella vita quotidiana o il trasferimento dello stesso presso strutture più idonee. In caso questo non sia possibile, gli ISMA predispongono, di concerto con il Municipio IV e la ASL di competenza, il trasferimento presso strutture atte a garantire un ambiente ed un'assistenza socio-sanitaria adeguati. In tal caso, viene meno il diritto dell'assegnatario ad occupare l'appartamento.

b. Il Centro socio-ricreativo e culturale è situato a destra del piano terra e vede l'utilizzo di un'ampia sala, adeguatamente arredata, adatta sia alle attività ludiche e di laboratorio, che all'allestimento di feste e momenti conviviali. Questo locale, ampiamente arieggiato e illuminato, è dotato di porta antipanico, direttamente collegata con il cortile esterno. Sono di pertinenza i servizi igienici per gli anziani frequentatori, composti di un ampio antibagno e di due servizi, di cui uno abilitato per disabili. Nei mesi caldi sono fruibili anche gli spazi adiacenti del cortile esterno, opportunamen-

te attrezzati.

Gli obiettivi delle **attività socio-culturali e ricreative**, gestite da personale dedicato e opportunamente formato, oltre ad essere quelli di rafforzare la funzione del Centro Servizi, quale fonte di aggregazione e di scambio per i residenti e non, attraverso attività che nascono dentro la struttura, ma con la possibilità di un rapporto fluido e vitale con l'esterno, sono:

- la promozione di un invecchiamento attivo delle persone, valorizzando i rapporti tra le diverse età, culture e la solidarietà;
- la promozione della solidarietà tra gli ospiti e gli utenti esterni per contrastare l'isolamento sociale, le situazioni di emarginazione e per la costruzione di una cittadinanza attiva e responsabile, esercitata attraverso la messa a disposizione di parte del proprio tempo per l'altro/gli altri e per la comunità.

c. La mensa sociale per anziani vede l'utilizzo della Sala sociale situata al piano terra per la distribuzione dei pasti, per un minimo di n- 20 posti a sedere. Direttamente antistante ad una delle due porte interne di collegamento al corridoio è situato il locale cucina, e la dispensa. Sulla dx si trovano il locale spogliatoio ed i servizi igienici riservati agli operatori.

Ogni spazio è adeguatamente attrezzato e conforme alla vigente normativa igienico-sanitaria e di sicurezza.

Il servizio di mensa sociale per gli anziani del territorio del Municipio IV ha come duplice scopo sia fornire agli anziani più fragili, che per condizioni di vita non possono godere sempre di pasti equilibrati, la possibilità, per almeno tre volte a settimana, di fruire di cibi caldi attraverso una scelta bilanciata ed adeguata ai bisogni della terza età, che permettere attraverso la frequenza del servizio, a cui afferiscono anche un gruppo di anziani seguiti dal SAISA territoriale opportunamente accompagnati, momenti di apertura all'esterno e di attività socialmente stimolanti. Il servizio, che prevede la fornitura di pasti monodose a legume refrigerato, garantisce gli standard di igiene e sicurezza, attraverso la gestione da parte di operatori specializzati e l'applicazione, sia da parte della società fornitrice dei pasti che del personale ISMA dedicato, delle prescrizioni previste dalla normativa vigente e dalla certificazione di qualità HACCP

d. Il Centro INCANTO Home per la prevenzione Alzheimer e l'ospitalità temporanea di anziani fragili è situato al piano IV della struttura. Servito da entrambi gli ascensori in dotazione e dotato di due ampie porte di accesso dal piano, consta di 4 ampie camere da letto, servite da un bagno normale per disabili ogni due, ampio soggiorno con angolo cottura, locale operatori con annesso bagno, ripostiglio e due ampi terrazzi. Sia gli ambienti interni, opportunamente ed accuratamente arredati, che i terrazzi, risultano messi in sicurezza.

Il Centro INCANTO dispone anche al piano terra di una saletta ed un ufficio con ingresso riservato dal cortile esterno, rivolti all'accoglienza ed all'incontro con gli anziani e/o i familiari richiedenti l'accesso al servizio. Il Centro INCANTO HOME costituisce un polo di riferimento per gli anziani a rischio di demenza di tipo Alzheimer e per le loro famiglie. Realizzato attraverso la sinergia operativa degli ISMA e del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari Respiratorie Nefrologiche e Geriatriche della SAPIENZA Università di Roma, il servizio si prefigge i seguenti obiettivi:

- diagnosi accurata e tempestiva dei disturbi cognitivi
- predisposizione e monitoraggio di specifici piani terapeutici e socio-assistenziali
- interventi di riabilitazione cognitiva e funzionale nei vari stadi della malattia
- ricoveri di sollievo limitati nel tempo
- interventi di supporto psicologico e sociale alle famiglie
- informazione e formazione dei caregivers
- interventi sull'ambiente domestico al fine di renderlo più sicuro ed adeguato alle esigenze dell'anziano.

Si prevedono tre livelli di attivazione:

- creazione di una rete di servizi presso il Centro ISOLA MADRE
- creazione di un centro di valutazione e coordinamento finalizzato a sensibilizzare la popolazione sui sintomi precoci dell'Alzheimer
- apertura del centro sollievo

e. **Il Polo Formativo**, dislocato sul piano terra con numero tre locali ed al piano I della struttura con numero due locali dotati di relativi servizi, prevede varie postazioni di lavoro, riservate al personale ed ai collaboratori del Settore Assistenza dell'Ente. Gli ambienti e le attrezzature sono a disposizione anche dei volontari e dei tirocinanti afferenti nella struttura per il periodo di attività formativa. Fondamentale è il ruolo della struttura come polo di formazione in ambito psicologico clinico e sociale, per i tirocinanti della facoltà di Psicologia 1 e 2 dell'Università SAPIENZA di Roma e dell'Università Pontificia LUMSA. Consolidata è anche la collaborazione nella realizzazione dei vari servizi previsti all'interno delle struttura da parte degli organismi cooperativi e dei volontari dell'associazionismo territoriale.

Appendice 4 Contributo scritto C

Nome e Cognome Comitato Area Anziani Assistenti Sociali intermunicipale per le problematiche relative alla non autosufficienza DDn.2589 dell'11/06/2010

E-mail paola.cottatellucci@comune.roma.it

Organismo/Ente: Comune di Roma – Assistenti Sociali -Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute- Area Terza Età / Assistenti Sociali U.O. S.E.C.S. dei Municipi

Data 13 dicembre 2010

Assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti

Premessa

I servizi domiciliari, attivi a Roma nei 19 Municipi, offrono prestazioni di diversa intensità assistenziale per 3.906 anziani⁷. Con l'applicazione della DGC 479/2006 l'8% degli anziani ha un livello assistenziale alto, il 19% medio-alto, il 33% medio e il 40% basso. La percentuale inferiore di anziani che usufruiscono di pacchetti di intensità assistenziale più elevata è determinata dalla scarsità di risorse economiche.

Negli ultimi cinque anni l'incremento del numero degli anziani assistiti è stato piuttosto basso: dal 2003 al 2009 circa il 10%. D'altra parte è cresciuto, in maniera rilevante, il numero degli anziani in lista d'attesa. Da 1.690 nel 2003 a 3.783 nel 2009 per un tempo medio di attesa di più due anni.

La spesa complessiva per i servizi domiciliari su tutto il territorio cittadino ammonta a 18.310.000,00 euro con un costo medio annuo ad anziano di circa € 4.687,00⁸.

L'intensità assistenziale che viene garantita dai servizi domiciliari non è sufficiente a rispondere ai bisogni degli anziani che hanno una grave compromissione delle capacità funzionali.

Infatti il livello assistenziale alto, che corrisponde a prestazioni domiciliari per la durata di due ore al giorno, è inadeguato alle necessità di cure di un anziano non autosufficiente.

Così la permanenza nel proprio domicilio diviene impossibile senza un'assistenza continua garantita, attualmente, solo in una soluzione di tipo residenziale.

⁷ Monitoraggio Ass. Dom.re 2009.

⁸ Relazione al Rendiconto 2008

Nel 2009, su 2.685 assistiti in 15 Municipi, ne sono stati istituzionalizzati complessivamente 78 di cui 58 in strutture sanitarie e socio sanitarie (RSA).⁹

Questa opzione, nella maggior parte dei casi è determinata, più che dalla scelta di un setting assistenziale appropriato, dall'assenza di soluzioni domiciliari idonee alle esigenze degli anziani non autosufficienti.

La retta di un anziano in RSA comporta un onere economico molto rilevante. Per una RSA di III livello, la retta completa sia per la parte alberghiera (sociale) che per quella sanitaria, è di circa 3.500,00 euro al mese con una ripartizione al 50% della spesa complessiva tra sociale e sanitario.

Nel 2009 il costo annuo di 58 anziani inseriti nelle RSA è stato quindi di circa 2.436.000,00 euro.

Obiettivi

Garantire la permanenza presso il proprio domicilio e prevenire l'istituzionalizzazione di anziani non autosufficienti che necessitano di un'assistenza h24 o a fasce orarie prolungate nella giornata. Il servizio deve essere considerato alternativo alla richiesta di inserimento in RSA.

Razionalizzazione delle risorse economiche, offrendo prestazioni di cure domiciliari in grado di risolvere in modo globale la domanda di assistenza intensiva che non trova risposta nell'attuale organizzazione delle prestazioni domiciliari.

Ridurre le liste d'attesa per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare.

Ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione con un'offerta di servizi territoriali più efficaci e ridurre la spesa per le rette RSA garantendo un'appropriatezza dei setting assistenziali. E' necessario introdurre risorse assistenziali sul territorio che consentano di offrire servizi domiciliari intensivi. Questo consente di limitare gli inserimenti in RSA solo per i casi che non possono rimanere nel domicilio pur avendo una copertura assistenziale totale.

Destinatari

Anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza domiciliare di lungo orario non previsto dalla DGC 479/2006.

Modalità di realizzazione

A) riferimenti normativi

La Regione Lazio con la Legge Finanziaria per l'esercizio 2008 individua una nuova tipologia di servizio al CAPO II, art.12 (Interventi finalizzati alla lotta alla povertà e dell'esclusione sociale ed azioni a sostegno delle persone anziane in difficoltà) comma h "Promozione e sostegno di forme residenziali alternative di tipo familiare e interventi di sostegno economico per gli anziani non autosufficienti e le famiglie per il mantenimento nel proprio domicilio".

Nel Disciplinare per l'attuazione del servizio di aiuto alla persona disabile (SAISH) – Comune di Roma Dip.to V - D.D. n.2424 del 25 giugno 2007, sono previste tre diverse forme di assistenza domiciliare:

- attraverso la libera scelta di un ente gestore che con suoi operatori attuerà il progetto personalizzato (forma diretta);
- attraverso l'assunzione dell'assistente personale da parte dell'interessato o della sua famiglia (forma indiretta);
- attraverso un insieme delle due forme (forma mista).

B) Estensione alla fascia di popolazione anziana del "Disciplinare per l'attuazione del servizio di aiuto alla persona disabile (SAISH)" con le stesse modalità di erogazione del servizio domiciliare.

⁹ Monitoraggio Ass. Dom.re 2009.

*Appendice 5 Contributo scritto D***Nome e Cognome** Maria Anna Bovolini**E-mail** mariaanna.bovolini@comune.roma.it**Organismo/Ente** Municipio XIII Servizio Sociale I Livello [Nessuno]**Data** 28/11/10

Criteri approvati di recente dal Consiglio Municipale per la gestione delle liste d'attesa SAISA. Possono essere un esempio come altri da poter prendere in considerazione. Sarebbe comunque necessaria una uniformità nel contesto comunale.

Criteri assistenza domiciliare anziani

Situazione reddituale

- punti 0 (da ISEE € 12.912 in poi)
- punti 3 (da ISEE €6.715 a ISEE € 12.911.42)
- punti 6 (ISEE fino a € 6.714)

Situazione abitativa

- Punti 24 (situazione di barbonismo domestico)
- Punti 12 (situazione di isolamento o gravi barriere architettoniche)
- Punti 0 (altre condizioni)

Situazione relazionale

- Punti 24 (situazione di completa solitudine, non presenza di parenti e di figure significative di sostegno costante)
- Punti 18 (situazione con familiari inadeguati o lontani e assenza di figure di sostegno significative)
- Punti 12 (situazione con familiari poco presenti, con difficoltà o presenza saltuaria di figure di riferimento)
- Punti 0 (situazione con familiari o persone di riferimento con presenza regolare e significativa)

Situazione sanitaria ed autosufficienza

- Punti 0 (autosufficiente in grado di autogestirsi)
- Punti 6 (parzialmente autosufficiente piccole limitazioni nelle attività)
- Punti 9 (a rischio di perdita dell'autosufficienza importanti limitazioni nelle attività e alcune difficoltà nelle funzioni)
- Punti 12 (importanti limitazioni nelle funzioni e totale limitazione nelle attività)

Tali punteggi sono stati individuati attribuendo maggior peso alla dimensione relazionale, un peso importante alla dimensione sanitaria e minor peso a quella reddituale. Sono stati riconosciuti pun-

teggi aggiuntivi per gravi problemi di barriere architettoniche (12 pt) e per casi di barbonismo domestico (24 pt).

non autosuff	solo	12	24		36
a rischio	solo	9	24		33
non autosuff	fam inadeguati	12	18		30
parz autosuff	solo	6	24		30
a rischio	fam inadeguati	9	18		27
non autosuff	fam poco pres	12	12		24
parz autosuff	fam inadeguati	6	18		24
autosufficiente	solo	0	24		24
a rischio	fam poco pres	9	12		21
parz autosuff	fam poco pres	6	12		18
autosufficiente	fam inadeguati	0	18		18
non autosuff	fam pres	12	0		12
autosufficiente	fam poco pres	0	12		12
a rischio	fam pres	9	0		9
parz autosuff	fam pres	6	0		6
autosufficiente	fam pres	0	0		0

Si precisa che a parità di punteggio verrà data priorità, ove presente, alla persona allettata e, in caso di assenza, al più anziano.

A parità di anzianità verrà data priorità al protocollo.

Considerata inoltre la presenza di circa 360 situazioni in lista d'attesa, e l'impossibilità di rivalutazione contestuale di tutte le richieste si conviene di procedere gradualmente alla prevalutazione delle situazioni in lista.

A tal proposito si rende necessario inviare una informativa a tutte le situazioni inserite in lista per avvisare circa l'applicazione di nuovi criteri e la necessità di aggiornare la pratica al servizio in caso di modifiche alla situazione socio-sanitaria.

SCHEDA DI RILEVAMENTO ANZIANI

Data segnalazione _____ Tipo di richiesta _____

1° rilevazione Aggiornamento (data) _____

Cognome _____ Nome _____

Data richiesta _____ Data prima visita _____ Data controllo _____

Anziano solo Coppia Nucleo

Codice sanitario _____

Soggetto di diritto Sottoposto a tutela (nome tutore) _____

Pensionato: No Sì (precedente attività lavorativa) _____

SITUAZIONE ECONOMICA

Pensione No Sì Cat. _____ € _____

Pensione di guerra No Sì € _____

Altri redditi personali No Si € _____
 Indennità di accompagnamento No Si € _____
 Reddito coniuge No Si € _____
 Reddito altri familiari conviventi No Si € _____
 Interventi economici: No Si (Ente erogatore) _____ Importo € _____
 Reddito da immobili No Si _____
 Risparmi No Si _____
 ISEE € _____

SITUAZIONE ABITATIVA ED AMBIENTALE

Centrale Periferica Isolata Gruppo di case Poco servita
 Abitazione: Di proprietà In usufrutto In affitto: canone € _____
 condom. € _____
 altre spese € _____
 Spese mutuo € _____
 Di privati Edil. Popolare IACP Comune Enti
 Intimazione sfratto Sfratto esecutivo
 Abitazione impropria Senza fissa dimora Ospite di _____
 Barriere architettoniche: No Si (lievi) Si (gravi) Interne Esterne
 Ascensore Riscaldamento _____ Acqua corrente Telefono
 Bagno in casa Bagno fuori casa Senza vasca o doccia Senza acqua calda
 Umidità: No Si (tracce) Si (molta)
 Luminosità naturale: Sufficiente Insufficiente
 Condizioni igienico ambientali: Adeguate Scadenti Inidonee.

RETI FAMILIARI

Coniuge No Si Nome _____ Nato il _____
 Pensionato No Si Cat. Pensione _____
 Eventuali patologie _____
 Inv. Civile: No Si Accompagno: No Si
 Criticità _____
 Figli: No Si Numero _____ Di cui: conviventi N. _____ Non conviventi N. _____
 Eventuali problemi o possibilità di fornire sostegno all'anziano _____

ALTRI SERVIZI

Attivati: CAD DSM Servizi Municipio _____
 Inv. Civile Presidi sanitari NAE Altro _____
 Da attivare: _____

RETI DI SOSTEGNO SOCIALE

Parenti disponibili: No Si Frequenza visite _____ Tel. _____

Amici/vicini: No Si Frequenza visite _____ Tel. _____
 Volontari: No Si Frequenza visite _____ Tel. _____
 Nome Associazioni che intervengono _____ Tel. _____
 Operatore _____ Tel. _____ Disp. Oraria _____
 Badante _____ Orario _____ Costo _____

SITUAZIONE SANITARIA

Medico curante _____ Indirizzo _____
 Giorni/orari _____ Tel. Studio _____
 Assistenza programmata: No Si (frequenza) _____
 Presentazione domanda di invalidità: No Si (data) _____
 Riconoscimento invalidità: No Si Da quando _____ Grado di invalidità _____
 Ricorso: No Si (data) _____
 Diagnosi documentata _____
 Ricoveri: Struttura _____ Anno _____
 Motivo _____ Criticità _____
 Dimissioni ospedale _____ Spesa sanitaria mensile € _____

OSSERVAZIONE DELL'AUTONOMIA (data _____)

FUNZIONI

Mobilità dal/al letto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Spostarsi in casa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Igiene personale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Vestirsi	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Alimentarsi	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Uscire di casa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Continenza (Controllo completo senza incidenti occasionali)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

ATTIVITÀ

Preparazione dei pasti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Lavori domestici	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Gestione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Uso del denaro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Fare acquisti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Uso dei trasporti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Fare il bucato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto
Uso del telefono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto

Valutazione Indipendenza _____

UTILIZZO DI AUSILI

Bastone	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Deambulatore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Carrozzella	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Altro _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Patologie principali _____

Richiesta urgente Richiesta ordinaria Presa in carico (data) _____

Non presa in carico (motivo) _____

Lista d'attesa: Sì No Dimesso (data) _____

Motivo: Istituzionalizzazione Decesso Trasferimento Altro _____

Note _____

Assistente Sociale (nome e cognome) _____ data _____

Appendice 6 Contributo scritto E

Nome e Cognome Paola Sanna

E-mail anziani@maglianasolidale.it;

Organismo/Ente Cooperativa Sociale Magliana Solidale

Data 07/02/2011

In 30 anni di attività nel Municipio XV e nella relazione con la popolazione anziana e la comunità di riferimento (famiglia, servizi pubblici, luoghi del quartiere ecc.) ci è stato possibile osservare ed essere partecipi dell'evoluzione dei bisogni nonché della modifica necessaria delle risposte offerte. Attualmente oltre il 50% della popolazione afferente nei diversi servizi domiciliari è rappresentata da ultra80enni, spesso in condizioni di non autosufficienza, in prevalenza soli o conviventi con coniuge anziano; il supporto dei figli, quando presenti, è possibile solo in parte, e la risorsa familiare esprime sempre più quote significative di disagio personale, e difficoltà nell'assolvere i diversi oneri di cura familiare.

La risposta dei servizi si va caratterizzando sul versante dell'emergenza, alla quale non riesce tuttavia a dare risposta completa (incremento delle liste di attesa) e appare giungere in ritardo, o con restrizioni alla possibilità di compiere ampie azioni preventive sia verso l'anziano che come preliminare rinforzo-attivazione della rete di prossimità.

Tale criticità rischia di assumere dimensioni sempre maggiori se non si attua, a nostro avviso, una modifica della prospettiva di intervento capace da un lato di garantire risposte altamente qualificate e specifiche (si pensi per esempio alla diffusione di problematiche cognitive), dall'altro di compiere azioni di sistema (esclusive e/o congiuntamente) che rinforzino il tessuto sociale e ove il ruolo delle professionalità sia prioritariamente rivolto ad azioni di orientamento, coordinamento e sinergia degli interventi, e capacità di creare una rete di supporto e riferimento.

Alcune nostre esperienze positive e buone prassi al riguardo (altre ve ne sono in altri territori) sono il servizio di **dimissioni protette**, fortemente integrato col sanitario, o i **servizi domiciliari per malati di Alzheimer** con articolazione e modulazione di interventi e figure professionali, entrambi capaci di attuare risposte flessibili, talvolta anche per brevi periodi (come le dimissioni protette) e comunque strettamente connesse e variabili al mutare del bisogno, capaci di considerare il singolo e il nucleo familiare accompagnandolo verso una riorganizzazione e l'inserimento nella rete dei servizi;

o ancora servizi ‘leggeri’ come il **servizio trasporto** che facilita l’accesso e l’integrazione con gli interventi sanitari, o **cammino per te** per lo sviluppo di percorsi burocratici e di accesso alle risorse territoriali; o infine **servizi attivi in periodi critici dell’anno** (per es: l’estate) potendo svolgere azioni preventive e di contenimento del rischio conosciuto.

Tali esperienze, ulteriori al Saisa per la popolazione anziana, sono state rafforzate e sviluppate negli ultimi 10 anni, a partire dai tavoli di co-progettazione nei piani di zona municipali (ruolo del Terzo settore L. 328/00) e il nostro impegno, nell’operatività quotidiana e a contatto diretto con l’utenza/territorio, è volto a monitorare costantemente il bisogno, l’impatto e l’efficacia degli interventi.

Congiuntamente all’esperienza di 30 anni di attività con i servizi sociali in cui si sono avvicinate diverse forme di affidamento/realizzazione dei servizi, e allo sviluppo delle nostre professionalità (accresciute e specializzate negli anni) che costituiscono patrimonio del Comune di Roma, intendiamo apportare il nostro contributo in merito a possibili soluzioni di risposta alla crescente domanda della popolazione anziana.

Proposte

La presente proposta parte dalla constatazione che l’abbattimento delle liste di attesa allo stato attuale dell’organizzazione del servizio Saisa (definizione rigida di pacchetti di servizio G.C. 479/2006), richiederebbe un’ingente spesa che sappiamo non essere nelle disponibilità. Dall’analisi del documento di bilancio del Comune di Roma (“dal risanamento allo sviluppo”, giugno 2010) si evidenziano alcune criticità: una significativa difformità tra i Municipi della popolazione assistita nel Saisa (valori che oscillano dallo 0,34 all’1,23% della popolazione ultra65enne¹⁰) e sostanziali differenze nella spesa media procapite.

Pur non potendo approfondire le ragioni di tali difformità, ci pare tuttavia improbabile attribuirle unicamente a specificità territoriali, mentre appare la criticità connessa alla capacità effettiva di assicurare su tutto il territorio comunale equità di accesso all’esercizio dei diritti e alle prestazioni essenziali. La proposta sviluppata dal mondo della cooperazione sociale, si avvia da una iniziale ipotesi di redistribuzione delle risorse complessive attuali del Saisa su tutto il territorio cittadino con definizione di spesa media annua equa per utente, e dal far sì che la percentuale di anziani assistiti sia omogenea su tutti i Municipi in rapporto alla popolazione residente.

L’articolazione della proposta prevede la possibilità di applicare, modulare e variamente combinare diverse forme di intervento, alcune già previste dal sistema, altre innovative, flessibili e leggere in risposta alla contingenza del bisogno e in ragione della specificità dell’utenza, attraverso una diversa organizzazione dei servizi. Tale operazione tutt’ora allo studio, rivela di poter garantire un incremento dell’utenza mantenendo l’attuale spesa cittadina. Precisiamo tuttavia che la realizzazione del sistema, con la **possibilità di articolare e combinare variamente le diverse modalità di intervento**, previo processo di attento monitoraggio, raccolta sistematica dei dati, valutazione condivisa con l’Ente pubblico, controllo e verifica del committente, si sostanzia sulla possibilità di assicurare alle strutture autonomia progettuale e distanza dalla attuale modalità prestazionistica derivante dalla ‘traduzione’ del sistema di accreditamento.

La sostenibilità di tale impianto metodologico sarebbe garantita dal predisporre un impianto organizzativo flessibile, dall’ampia reperibilità del personale, e dalla specificità territoriale delle cooperative che le rende altresì capaci di svolgere funzioni di presidio, anche per singoli quartieri, e di prossimità (attivazione costante delle reti formali, attivazione della comunità e collaborazione con le altre risorse del terzo settore). Tale modello e impianto metodologico intende creare un riferimento a monte, facilitando l’accesso a interventi specifici, ma anche rendendosi disponibile a modulare le diverse forme dell’intervento (per intensità e durata e compatibilmente alla specificità delle situa-

¹⁰ annuario statistico 2009

zioni) secondo l'emergenza del bisogno. Elemento non trascurabile della proposta, è la capacità di contenere al suo interno l'adeguamento delle tariffe contrattuali (del G.C. 135/00) in applicazione del CCNL di categoria 2006/09, dando un segnale di riconoscimento e sostenibilità del lavoro sociale, e prevenendo il rischio di un sottodimensionamento delle professionalità qualificate rispetto alla domanda degli anziani e delle famiglie.

Un ulteriore elemento che intendiamo richiamare nella definizione di un nuovo Piano Regolatore Sociale di Roma Capitale, riguarda la validità dell'istituto della **co-progettazione**¹¹, capace di coinvolgere e porre a sistema le risorse progettuali esistenti nel territorio, nonché riteniamo, compiere una valutazione integrata degli interventi sulla base dei risultati raggiunti e dell'impatto complessivo al fine di apportare in itinere e prontamente le modifiche necessarie.

La richiamata L. 328/00 all'art. 11, prevede l'autorizzazione alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi per un periodo massimo di tre anni; in tutti i casi una durata congrua dell'affidamento dei progetti, previa verifica dei risultati, consentirebbe un'adeguata raccolta dati, la continuità di intervento per l'utenza necessaria all'attivazione/sviluppo dei processi (fatti salvi i criteri di scelta), il consolidamento di iniziative che si dimostrino valide, l'ottimizzazione di risorse.

In merito alle esperienze sopracitate di cui siamo co-partecipi unitamente all'ente pubblico (e altre ve ne sono a livello cittadino) e che a nostro avviso richiamano buone prassi introducendo elementi innovativi utili per ulteriori progettazioni e per lo sviluppo dei servizi tradizionali, riteniamo auspicabile instaurare un confronto permanente che ne consenta la condivisione e lo scambio e che, a partire dai piani di zona municipali, potrebbe svilupparsi con l'istituzione stabile **di tavoli territoriali e di un tavolo cittadino**.

Al contempo, e siamo testimoni dell'esperienza positiva dell'ADI (purtroppo non proseguita ma con positivi effetti nell'operatività diretta e di incontro tra operatori sociali e sanitari), riteniamo opportuno che vengano realizzati momenti di **formazione congiunta tra operatori dei servizi pubblici e del terzo settore** impegnati nella realizzazione dei servizi, con l'obiettivo di sviluppare linguaggi e conoscenze comuni che favoriscano la condivisione di modelli e metodologie di intervento, e che stabiliscano i criteri della valutazione multidimensionale e di impatto complessivo degli interventi.

Confidiamo che l'Amministrazione, nella stesura della sua riforma sull'assistenza domiciliare, possa recepire i suggerimenti sopra indicati.

¹¹ Art.7, comma 1, Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 30/3/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento dei sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art.5 della L. 328/00"



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 6
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
**“Servizi e interventi per le persone sottoposte a misure
giudiziarie”¹**

¹ La tematica inerente i minori sottoposti a procedimenti penali non viene trattata in questo Allegato, ma in quello relativo agli interventi in favore di Famiglie e Minori, identificato con il numero 4

SOMMARIO

I DATI ESSENZIALI	3
UN APPROCCIO INTEGRATO	3
LE MACRO AREE D'INTERVENTO	4
L'ESECUZIONE PENALE ESTERNA	8
SPUNTI OPERATIVI	9

I DATI ESSENZIALI

A Roma esistono 5 strutture carcerarie per adulti, con una ricettività regolamentare di 2.614 posti. Con una popolazione di 3.500 detenuti (al 05.05.2010), è evidente come il sovraffollamento costituisca il principale problema che affligge il sistema penitenziario romano (come d'altronde quello italiano)². Ad aggravare una situazione già precaria concorre, poi, la composizione dei reclusi, di cui un terzo sono stranieri e quasi altrettanti tossicodipendenti.

Il problema è particolarmente grave in alcune strutture, come si può evincere dalla seguente tabella.

Tabella 1 Dati relativi alla presenza di detenuti nelle carceri romane

Struttura	Ubicazione	Tipologia di detenuti	Capienza	N. ospiti
Casa circondariale <i>Regina Coeli</i>	via della Lungara	In maggioranza detenuti in attesa di giudizio	720	1 053
Casa Circondariale Maschile N. C.	via Raffaele Majetti	Detenuti in attesa di giudizio e con condanne definitive	1.200	1.718
Casa di Reclusione maschile.	via Bartolo Longo	Detenuti con condanne definitive	370	342
Casa circondariale Rebibbia femminile	via Bartolo Longo	Detenute in attesa di giudizio e con condanne definitive (comprese madri con figli 0-3 anni)	275	353
Terza Casa di custodia attenuata	via Bartolo Longo	Detenuti tossicodipendenti	36	34

UN APPROCCIO INTEGRATO

Le carceri romane sono spesso “vetrine” dell’intero sistema penitenziario italiano perché all’interno di esse vengono avviate attività innovative, vi vengono girati film e documentari sulla vita dei detenuti, sono frequentate dai rappresentanti istituzionali del Governo e della politica, il Papa vi celebra Messe, nelle loro celle vengono rinchiusi i prigionieri illustri, ecc...

Da sempre abituata a convivere con un carcere nel centro della città, oggi Roma ne possiede altri quattro in periferia; ciononostante non è facile far considerare cittadini anche i detenuti che rappresentano una realtà sociale difficile da riassorbire, anche dopo l’uscita dal carcere, perché vissuta come un marchio negativo, indelebile. Ci si scontra, tra l’altro, con il pregiudizio di chi vede ogni iniziativa di sostegno, recupero e reinserimento come un eccessivo favore nei confronti di persone colpevoli che devono essere punite in modo esemplare, senza eccessive indulgenze.

La nostra normativa considera invece che la condanna alla privazione della libertà non include la negazione dell’esercizio dei diritti di cittadinanza, che devono poter essere esercitati, compatibilmente con le esigenze di sicurezza. Tra l’altro, la mancanza di sufficienti contatti con l’esterno, le condizioni di sovraffollamento e l’impossibilità di gestire situazioni difficili possono provocare in alcuni detenuti gesti violenti o forme di autolesionismo. Lo stesso Ordinamento Penitenziario prevede che il legame con la società e con il contesto relazionale/affettivo non debba essere mai reciso, proprio per evitare l’alienazione totale da quel mondo al quale il detenuto, prima o poi, dovrà comunque tornare.

² Tutti i dati esposti in questo capitolo sono stati segnalati dalla "Consulta cittadina" (2010).

Il riavvicinamento tra carcere e città passa attraverso il riconoscimento del detenuto come persona ed il rispetto della sua dignità. Per questi motivi appare sempre più indispensabile creare un legame tra "dentro" e "fuori" e promuovere un dialogo permanente tra carcere e città che aiuti a contrastare diffidenze e chiusure reciproche. Il cittadino-detenuto, inteso come abitante di un micro-cosmo corrispondente con un quartiere, deve essere sempre più compreso come un naturale segmento della realtà comunitaria con cui sono possibili uno scambio ed un confronto.

All'interno e all'esterno degli istituti penitenziari di Roma si realizzano molteplici iniziative, anche molto interessanti, ma spesso poco coordinate, che rispecchiano competenze, motivazioni, risorse e specificità proprie delle associazioni, cooperative, Enti o Istituzioni operanti intorno al carcere. I detenuti si trovano ad essere oggetto piuttosto che soggetto delle attività di recupero e reinserimento. L'autoreferenzialità determina una somma d'interventi parcellizzati, che rischia non solo di distorcere l'identità del detenuto che vede i propri bisogni affrontati separatamente, ma ricade negativamente anche sul lavoro degli stessi operatori penitenziari, che si trovano a gestire progetti che non rientrano nel piano trattamentale elaborato per il detenuto.

Per questi motivi e per rendere concreti ed esigibili i diritti dei detenuti, è emersa più volte e da più parti l'esigenza di superare l'attuale approccio emergenziale, privo di sistematicità e di coordinamento in tutte le questioni relative al carcere, attraverso una strategia di integrazione degli interventi e la ricerca di percorsi condivisi. Un simile approccio richiede una nuova prospettiva e una programmazione più coerente con i bisogni e le richieste reali dei cittadini-detenuti. Da progetti di intervento a carattere prevalentemente assistenziale ci si propone dunque di creare le condizioni per un esercizio attivo della cittadinanza e le garanzie per la massima equità. L'intervento intra ed extra moenia richiede la stretta collaborazione tra i servizi dell'Amministrazione Penitenziaria e i servizi sociali del territorio, poiché coinvolge contestualmente più soggetti: l'autore del reato, la sua famiglia e i suoi figli.

LE MACRO AREE D'INTERVENTO

L'intervento sociale a favore dei detenuti e degli ex detenuti, adulti e minori, nonché dei condannati in esecuzione penale esterna, è articolato su 5 macro aree: Salute e assistenza sociale; Genitorialità e affettività; Formazione e Lavoro; Cultura, Spettacolo e Sport; Pari opportunità.

1) Salute e assistenza sociale

L'applicazione e il recepimento del DLGS 230/99 e del DPCM del 1 aprile 2008 hanno reso possibile l'avvio di una riforma che vede titolare dell'intervento sanitario in carcere le Regioni attraverso le ASL e non più il Ministero della Giustizia. Una riforma, quella del '99, dai valori ideali, culturali e sociali altissimi e che, fra gli altri, ha il merito di affermare la garanzia di esigibilità del diritto alla salute anche per i cittadini momentaneamente privati della libertà personale. Trasferire l'assistenza sanitaria in carcere dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale ripone al centro dell'attività istituzionale le persone detenute, i loro bisogni, le loro aspettative ed è la chiave di volta per una positiva evoluzione dell'istituzione carceraria.

Come tutte le riforme, però, anche quella che ridisegna le responsabilità sulla sanità penitenziaria ha bisogno di una particolare attenzione nel processo di transizione, sia per la sua corretta applicazione, sia per il cambiamento culturale che prefigura. La situazione nelle carceri italiane è pesante e drammatica, come mai si è registrato in Italia. La cronaca quotidiana segnala una condizione di invivibilità con un sovraffollamento giunto a cifre record. In queste condizioni risulta molto difficile per le Istituzioni garantire a detenuti e internati i diritti sociali e, tra essi, "i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie".

L'analisi specifica sulla situazione sanitaria nelle Case Circondariali e di Reclusione a Roma evidenzia rilevanti carenze che di fatto impediscono un reale diritto alla salute del cittadino-detenuto. È necessario superare rapidamente questioni di competenze e di attribuzioni delle funzioni, garantendo il diritto alla salute e all'assistenza sociale a detenuti ed ex-detenuti. Al centro della progettazione degli interventi sanitari e dei servizi sociali deve essere il detenuto e i suoi specifici bisogni, nel rispetto delle caratteristiche, condizioni ed esigenze peculiari di ciascuno.

2) Genitorialità e affettività

Se da una parte esiste lo spinoso problema dei figli detenuti con le madri (cfr. più avanti), dall'altra c'è quello dei figli che vivono fuori del carcere e che si recano in visita al genitore detenuto. Se il primo problema riguarda comunque un numero esiguo di bambini, il secondo riguarda migliaia di casi. Si stima infatti che almeno metà della popolazione detenuta sia costituita da persone sposate o che convivono, separate, divorziate o vedove, tutte con figli. La separazione forzata incide negativamente sul rapporto personale tra genitore recluso e figlio, privando il genitore della possibilità di esercitare le sue funzioni anche all'esterno, non potendo seguire il figlio e accompagnarlo nei rapporti sociali, con ricadute emotive che incidono negativamente sul percorso di reinserimento.

Alcune organizzazioni del Terzo settore, convinte che il mantenimento delle relazioni familiari rappresenti un ambito di intervento prioritario, realizzano da anni interventi mirati alla tutela di tali relazioni, compresa la creazione di ludoteche negli istituti penitenziari, al fine di facilitare gli incontri tra genitore detenuto e figli, che oltre a restituire dignità agli affetti, valorizza la funzione genitoriale altrimenti destinata ad inaridirsi. Un detenuto che ha conservato i legami familiari rischia meno la recidività. Per questo diventa importante studiare misure che consentano di non disperdere questi legami e prevengano gli effetti devastanti derivanti dalla particolare situazione. Sappiamo, infatti, che il 30% di loro finisce, da adolescente e poi adulto, in carcere a sua volta per emulazione, ribellione, emarginazione, condizioni di disagio culturale e sociale.

L'Amministrazione Penitenziaria è intervenuta recentemente (circolare 457832 del 10.12 2009) per favorire il mantenimento del ruolo genitoriale del detenuto. Da parte sua, il Comune di Roma, nell'ambito delle sue competenze, promuove interventi di assistenza post penitenziaria e aiuto economico alle famiglie dei detenuti.

3) Formazione e Lavoro

Il lavoro permette di ricollocare il carcere dentro la società, aumentare la responsabilizzazione sociale e creare occasioni di prevenzione e recupero. Attivare un processo lavorativo significa migliorare la qualità della vita sia in termini di autostima sia per quanto concerne l'interazione sociale nei suoi aspetti generali. Oltre alla funzione manifesta di produrre beni e servizi, il lavoro determina anche altri importanti valori: legittimazione sociale; affermazione personale, consolidamento della personalità, stimolo alla crescita e al miglioramento.

Il reinserimento sociale del detenuto non può prescindere dal suo reinserimento in un contesto lavorativo che, restituendolo ad un ruolo attivo e non più assistito, contribuisca alla costruzione di un'immagine positiva di sé. Nondimeno, gli interventi di sostegno finalizzati al lavoro devono tenere conto delle caratteristiche dell'individuo, accompagnandolo nel processo di integrazione in un ambiente sociale da cui è stato assente più o meno a lungo. Purtroppo spesso le prestazioni lavorative dei detenuti si concretizzano invece solo in attività interne, elementari, ripetitive, di scarsa professionalità. La Legge n. 193 del 2000 (Legge Smuraglia) ha invece incentivato la possibilità di accedere ad attività lavorative da parte dei detenuti, introducendo agevolazioni per

le cooperative sociali che impiegano persone detenute e prevedendo la possibilità di stipulare convenzioni fra amministrazioni penitenziarie e soggetti pubblici, privati o del terzo settore che intendano fornire a detenuti e internati opportunità di lavoro.

La necessità di consolidare percorsi di intervento integrato tra istituzioni, associazioni dei datori di lavoro e terzo settore richiede la definizione di protocolli operativi per l'assegnazione di commesse o l'offerta di occupazioni interinali e l'assunzione di un impegno economico da realizzarsi attraverso sgravi fiscali per le aziende e/o borse lavoro per i detenuti.

Anche sotto l'aspetto della formazione professionale, il percorso per giungere ad una effettiva spendibilità delle competenze acquisite in carcere sembra non essere esente da difficoltà. È necessario puntare allo sviluppo di competenze lavorative in quei settori in cui sia presente una elevata richiesta di impiego e, soprattutto, prevedere lo svolgimento di attività di tirocinio pratico all'interno dell'istituto o presso aziende convenzionate esterne. Solo così, in accordo con vocazioni, esigenze e risorse del territorio, appare realistico procedere all'individuazione e alla realizzazione di percorsi pensati per la persona e mirati allo specifico contesto socio-economico in cui dovrà avvenire il reinserimento. A tal fine, è importante non la progettazione di attività formative in quanto tali, ma la personalizzazione del percorso formativo, mediante un bilancio delle competenze e azioni di orientamento.

4) *Cultura, Spettacolo e Sport*

Il riconoscimento dell'importanza della cultura e delle attività fisiche nella modifica degli schemi e degli orientamenti dei detenuti è tra i presupposti dell'Ordinamento Penitenziario. La consapevolezza culturale favorisce i processi di integrazione. L'esigenza primaria è la continuità, per superare una situazione paradossale in cui i singoli eventi sono apprezzati pubblicamente, ma in modo estemporaneo ed episodico, mentre scarsa attenzione è dedicata all'attività culturale organizzata in modo sistematico.

Un importante progetto di collegamento tra detenuti e società esterna è rappresentato dalla Convenzione tra il Comune di Roma e il Ministero della Giustizia per la realizzazione di un sistema bibliotecario integrato tra le Biblioteche Comunali e gli istituti di pena della città. Nondimeno, la rilevanza attribuita alle attività culturali e formative nella progettazione degli interventi è indice anche di una crescente sensibilità che considera il tempo del detenuto una realtà con un significato e un valore. Il tempo del detenuto non è un "vuoto" segnato dall'attesa, da "far passare" e "occupare", ma un "bene" da investire per l'acquisizione di risorse personali e competenze sociali spendibili anche in seguito.

5) *Pari Opportunità*

Vi sono particolari gruppi di persone, soggetti deboli e fragili, che più di altri subiscono le conseguenze della detenzione e sono a rischio di ulteriore marginalizzazione all'interno del carcere stesso. Sono per lo più stranieri, transessuali, detenuti giovani o anziani, donne, madri con figli da 0 a 3 anni. Tali gruppi devono essere oggetto di particolare attenzione, a causa dei gravi rischi di esclusione sociale. Se ne accenna qui in modo sintetico.

✓ *Stranieri.* La disparità di trattamento più rilevante nei confronti dei detenuti stranieri consiste nella pratica impossibilità di accedere ai benefici previsti dalla Legge Gozzini. Lo straniero si trova penalizzato al momento della concessione dei regimi alternativi o complementari alla carcerazione di base. La magistratura di sorveglianza ne giustifica l'esclusione con il mancato radicamento territoriale; lo straniero, infatti, nella maggioranza dei casi non dispone di residenza o domicilio fisso, di lavoro e di famiglia in territorio italiano pertanto si ritiene alto il pericolo di fuga. Le difficoltà linguistiche non fanno che acuire le difficoltà. Una risposta percorribile è la creazione di strutture «agili» in grado di ospitare, per un periodo di

tempo determinato, i ristretti in permesso premio e di consentire loro la fruizione delle opportunità di reintegro sociale. Sono inoltre da programmare accordi con ambasciate e consolati per facilitare il rilascio di documenti; accordi con associazioni per l'assistenza legale; gruppi di formazione linguistica. Nelle infermerie e nelle sezioni cliniche degli Istituti devono essere presenti mediatori linguistici reperibili tra gli stessi detenuti stranieri o italiani.

✓ *Persone con problemi di salute*

Si è accennato sopra alle problematiche relative alla salute delle persone in carcere. Alcuni gruppi risentono più di altri di queste difficoltà. Sono soprattutto i tossicodipendenti, le persone con disabilità fisiche (per le quali è possibile ipotizzare uno sportello itinerante negli istituti per l'espletamento delle pratiche burocratiche), detenuti con problemi di salute mentale, malati di Aids (per i quali si devono prevedere strutture di pronta accoglienza, nel caso in cui siano riconosciuti incompatibili con il regime carcerario, in attesa di una definitiva collocazione nelle strutture pubbliche del paziente).

✓ *Transessuali.* Il transessualismo è riconosciuto come “disturbo dell'identità di genere” nell'ambito dei disordini mentali³. Il bisogno primario di queste persone è di essere riconosciute nell'identità desiderata. A tal fine la ASL di riferimento, in collaborazione con Saifip dell'Ospedale San Camillo, deve fornire consulenza endocrinologica e psicologica, nonché cure ormonali adeguate, che supportino il percorso di adeguamento tra identità fisica e identità psichica. Le persone transessuali recluse rappresentano una complessa problematica non solo per quanto attiene all'assistenza sanitaria, ma anche per quanto concerne la possibilità di accesso alle attività di recupero e reinserimento sociale. Vi si intrecciano, infatti, fattori di ordine sociale, psicologico, legale e sanitario che coinvolgono non solo il soggetto portatore di disagio ma l'intera realtà penitenziaria.

Nell'ambito della sezione G8 di Rebibbia nuovo Complesso, dove sono detenute le persone transessuali, emergono con più evidenza le difficoltà di inserimento nelle attività trattamentali comuni e il difficile contatto con gli altri detenuti e gli operatori penitenziari. Non è raro che si verifichino episodi di aggressività e autolesionismo. Allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone detenute transessuali e nella previsione di un piano di reinserimento sociale, devono essere programmate azioni che aiutino la loro integrazione nella diverse iniziative realizzate dagli enti locali e dalle organizzazioni del Terzo Settore. A titolo esemplificativo: accompagnamento per il riconoscimento dello status di rifugiato per transessuali provenienti da paesi che vietano il cambio di sesso; gruppi di sostegno e di auto-aiuto; prevenzione e cura di malattie trasmissibili come l'AIDS; corsi di formazione degli operatori penitenziari.

✓ *Anziani.* I detenuti anziani, con più di 70 anni, hanno particolari difficoltà nel reinserimento sociale. Spesso, dopo una lunga pena detentiva, non hanno più relazioni esterne in grado di aiutarli, anche dal punto di vista logistico e materiale. Per queste persone può rivelarsi molto utile l'accesso a strutture di accoglienza temporanea. Inoltre, per i detenuti anziani non autosufficienti, è necessaria realizzazione all'interno del carcere servizi di assistenza alla persona adeguati, oltre a prevedere il loro eventuale inserimento nelle graduatorie per l'accesso alle strutture residenziali e alle RSA in convenzione.

³ Si tratta della convinzione precoce, permanente e irreversibile da parte di un individuo del tutto normale dal punto di vista cromosomico, ormonale e somatico, di appartenere al sesso opposto rispetto a quello anatomicamente posseduto. Ne consegue un vissuto di sofferenza e inadeguatezza relativo al proprio sesso anatomico e al desiderio di adeguare la propria identità psichica a quella anatomica ricorrendo a trattamenti ormonali e interventi chirurgici. Per queste persone la legge 164/82 prevede la possibilità della rettificazione del sesso anagrafico.

- ✓ *Donne.* Per le problematiche di genere che si accentuano all'interno degli Istituti penitenziari, possono rivelarsi utili iniziative come l'apertura di un Consultorio presso la Casa Circondariale Rebibbia Femminile e la realizzazione di percorsi formativi specialistici per gli operatori. È importante inoltre definire procedure di intervento che tengano conto delle particolari culture di riferimento per le donne straniere e rom.
- ✓ *Madri con figli da 0 a 3 anni.* Per affrontare la delicata situazione delle detenute madri che vivono la carcerazione con i propri figli sono necessarie azioni coordinate e interventi personalizzati, anche al fine di ridurre l'impatto della carcerazione sui minori. Per molte donne si tratta dell'unica alternativa alla separazione traumatica dai figli o al doverli lasciare in contesti familiari non idonei. I bambini reclusi, tuttavia, assorbono tutte le tensioni del carcere e vivono una condizione che pregiudica la costruzione della loro identità psichica ed affettiva.

Si deve intervenire sia nei confronti delle madri, per aiutarle a comprendere e gestire al meglio la loro condizione, sia sui bambini per ridurre i danni della carcerazione e favorire la loro crescita. Tra le iniziative facilmente attivabili, si possono prevedere: la facoltà di accudire il proprio figlio/a durante i ricoveri ospedalieri; una più chiara definizione dei criteri per i trasferimenti delle madri, soprattutto quando i figli sono affidati a famiglie esterne, inseriti nei nidi comunali e seguiti dalle associazioni di volontariato; azioni di orientamento e sostegno all'esercizio della maternità; l'attivazione di un servizio per le pratiche burocratiche necessarie per l'inserimento negli asili nido; l'apertura di una casa protetta per madri con figli detenute con aggravante art. 4 bis o recidive, prevedendo tutte le misure di protezione e sicurezza.

L'ESECUZIONE PENALE ESTERNA

La consapevolezza delle interconnessioni e delle reciproche influenze tra politiche sociali e politiche penali ha spinto il Comune a farsi parte attiva nei processi inclusivi dedicati alle persone in esecuzione penale esterna. Questi percorsi sono dedicati alle persone autorizzate dalla Magistratura di Sorveglianza a spiare, in tutto o in parte, la propria condanna con una limitazione della libertà personale nel contesto di provenienza (ovviamente sottoposte a vincoli e prescrizioni).

Ci sono settori della popolazione in esecuzione penale genericamente definita debole che richiedono una forte concertazione interistituzionale per essere realizzate. Sono gli stessi di cui si è già parlato sopra: stranieri, transessuali, persone di età superiore ai 70 anni, donne, madri con figli da 0 a 3 anni, persone con disagio mentale o con "doppia diagnosi".

Nell'esecuzione penale esterna risulta fondamentale l'azione formativa, di orientamento e di inserimento lavorativo. In questo quadro, gli obiettivi sono:

- creazione di una rete in grado di favorire e sostenere l'inserimento lavorativo delle persone in misura alternativa (ad es. nell'ambito del programma RETIS);
- previsione di forme di tirocinio e tutoraggio aziendale, nonché borse lavoro propedeutiche all'inserimento occupazionale;
- eliminazione del vincolo del permesso di soggiorno per la partecipazione degli stranieri a corsi di formazione e tirocini, insieme con la previsione di una procedura per una eventuale "presa in carico" da parte del Comune in assenza del domicilio;

- individuazione di percorsi di formazione – lavoro per stranieri spendibili nei paesi di origine, per chi deve o intende farvi rientro dopo aver scontato la pena;
- facilitazione dell'accesso al microcredito per progetti di auto impresa.

Altra questione importante è la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali ed educativi dell'Amministrazione Penitenziaria e del Comune di Roma. Al riguardo, è auspicabile la promozione di specifiche iniziative di formazione congiunta.

Si ritiene infine che realizzabilità degli interventi a favore dei condannati in esecuzione penale esterna, dei detenuti/e ed ex detenuti/e, non può prescindere da un lavoro di rete realizzato al livello municipale, nell'ambito dei Piani di zona, tra i diversi attori pubblici e privati, servizio sociale UEPE, Istituto Penitenziario, servizi sociali e sanitari, terzo settore e volontariato.

SPUNTI OPERATIVI

Molte proposte operative sono state avanzate nelle pagine precedenti. Esse possono trovare uno spazio di sintesi, di programmazione e di monitoraggio attraverso l'istituzione del "*Tavolo permanente per la programmazione e la governance delle iniziative sociali per l'esecuzione penale*".

Il compito del Tavolo sarà individuare un quadro programmatico di interventi da mettere a sistema, in cui si collocano le iniziative realizzate dai diversi Enti competenti, nell'ambito di Protocolli d'intesa e accordi interistituzionali.

Il Tavolo dovrebbe attivare le azioni necessarie per raggiungere i seguenti obiettivi:

- ✓ *sviluppare un approccio di sistema, superando l'ottica settoriale e la frammentazione degli interventi, attraverso la ricerca della complementarietà e della continuità;*
- ✓ *ottimizzare le risorse destinate o destinabili al recupero e reinserimento della popolazione detenuta, sviluppando efficaci connessioni tra risorse pubbliche e private;*
- ✓ *aumentare l'attenzione alle fasce di popolazione detenuta particolarmente svantaggiate;*
- ✓ *avviare un sistema informativo capillare sulle opportunità per i detenuti italiani e stranieri;*
- ✓ *adottare le misure necessarie per garantire ai cittadini detenuti ed in esecuzione penale esterna i diritti alla salute, alla formazione, al lavoro, alle pari opportunità, all'istruzione, alla cultura e all'auto-tutela, anche mediante la sperimentazione di interventi innovativi;*
- ✓ *realizzare azioni di prevenzione e riduzione delle cause sociali, culturali ed economiche che sono alla base della devianza;*
- ✓ *definire in modo condiviso i criteri di qualità per l'accreditamento presso l'Amministrazione Penitenziaria e il Comune degli enti del Terzo settore che operano in ambito penitenziario;*
- ✓ *individuare procedure e criteri trasparenti nell'espletamento dei bandi per l'affidamento delle attività da realizzarsi in carcere e per i soggetti sottoposti a misure alternative;*
- ✓ *rafforzare le relazioni tra i Servizi sociali del Comune e l'Amministrazione Penitenziaria, in particolare il Servizio Sociale del Ministero della Giustizia;*
- ✓ *formulare proposte finalizzate al funzionamento ottimale dei Servizi esistenti e l'eventuale implementazione di nuovi servizi;*
- ✓ *svolgere opera di informazione e sensibilizzazione sui problemi penitenziari;*

- ✓ *stimolare la partecipazione delle organizzazioni di Volontariato, della cooperazione sociale, delle Forze Sociali, dei rappresentanti istituzionali delle persone detenute, ex-detenute o poste in misure alternative alla detenzione;*
- ✓ *rilevare i problemi segnalati dai detenuti, dagli organismi di advocacy e dalle associazioni di volontariato;*
- ✓ *valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni realizzate.*



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 7
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Interventi per le popolazioni Rom”¹

¹ Il presente documento riguarda una tematica per sua stessa natura in continua evoluzione. Nella lettura si dovrà pertanto tener conto del fatto che le informazioni in esso contenute sono aggiornate ad aprile 2011.

SOMMARIO

I ROM IN EUROPA E IN ITALIA	3
I ROM A ROMA	4
CARATTERISTICHE SOCIO-CULTURALI DEI GRUPPI ROM	5
DATI SULLA SCOLARIZZAZIONE DEI MINORI ROM	6
IL "PIANO NOMADI"	9

I ROM IN EUROPA E IN ITALIA

Nonostante i Rom vivano nel continente europeo da più di otto secoli, spesso ci si domanda chi siano, come se si trattasse di un popolo difficilmente conoscibile. Nel tempo, il popolo Rom è stato definito con diversi nomi, tanto da farlo sembrare un gruppo formato da differenti etnie. Al loro arrivo in Europa i cronisti dei paesi occidentali ipotizzarono che avessero origini tartare, mentre nelle nazioni orientali si pensò che venissero dall'Egitto, in considerazione del colore scuro della loro pelle e dei loro abiti sgargianti. Vennero identificati con la setta eretica degli Atsinganoi e chiamati «zingari» in Italia, *tsigani*, *cigani*, *zigeuner*, nelle varie lingue europee: dal greco bizantino *Atsinganoi*, che significa «Intoccabili». La loro supposta origine egiziana è all'origine degli etonimi gitani e *gypsy* con cui vennero definiti nella penisola iberica e nel mondo anglosassone, e che nel tempo hanno assunto un carattere dispregiativo.

Storici e linguisti sono attualmente d'accordo sull'origine indiana del popolo Rom. La lingua *Romani* (o *Romanes*) è una lingua neo-ariana imparentata con l'antico sanscrito e si parla, in una pletora di diversi dialetti, in molti paesi europei e asiatici. Intorno all'anno 1000 il popolo che oggi viene chiamato Rom emigrò dalla media valle del Gange e raggiunse la Persia, l'Armenia e l'Anatolia. Intorno al 1200 i Rom si diffusero nei Balcani, quindi nei Carpazi e successivamente negli altri Stati europei. Le vicissitudini delle comunità Rom sono stati innumerevoli, fino a colmare nei tristissimi episodi legati alla deportazione e sterminio imposto dal Terzo Reich.

Anche se non esistono censimenti ufficiali che dicano con esattezza quanti siano, stime affidabili mostrano come attualmente vivono in Europa tra i nove e dodici milioni di Rom. In Romania si stima una popolazione da un milione e mezzo a due milioni e mezzo; in Bulgaria tra 700.000 e 800.000; in Spagna circa 600.000; in Francia circa 500.000.

Dal punto di vista politico-giuridico, in attesa dell'approvazione da parte delle Istituzioni europee dello *Statuto quadro del popolo Rom nell'Ue*², è corretto definire i Rom come una *nazione senza territorio compatto*, che non ha mai avuto rivendicazioni territoriali, ma che è unita da un'origine, una cultura e una lingua.

In Italia i Rom arrivarono alla fine del 1300. Il 1422 è la data più antica in cui è riferita la presenza di Rom in Italia, nelle città di Roma e Bologna³. Nel nostro Paese ci sono una dozzina di etnie molto radicate in precisi territori, ognuna con proprie tradizioni. A titolo schematico è possibile individuare sei gruppi specifici, iniziando da quelli con cittadinanza italiana (primi 4 gruppi):

1. i *rom abruzzesi e molisani*: i più tradizionalisti, conservano intatto l'uso del romani; sono arrivati in Italia dopo la battaglia del Kosovo nel 1392 a seguito dei profughi *arbares'h* (albanesi); si dedicano ai mestieri tradizionali come l'allevamento e il commercio di cavalli ed è molto diffusa tra le donne (rumrià) la chiromanzia;
2. i *rom napoletani (napulengre)*, fortemente mimetizzati nel capoluogo campano, fino a una trentina d'anni fa fabbricavano arnesi per la pesca e facevano spettacoli ambulanti; esistono anche i *rom cilentani* (una grande comunità di 800 persone vive a Eboli), *lucani* (una delle comunità più integrate), *pugliesi*, *calabresi* e i *camminanti siciliani*;
3. i *Sinti giostrai*, sparsi soprattutto tra il nord e il centro Italia, sono almeno trentamila; arrivati in Italia all'inizio del 1400; sono i depositari del più antico dei mestieri rom, quello dei giostrai, mestiere che sta scomparendo trasformandoli in rottamatori di oggetti recuperati;

² Testo dello Statuto quadro nelle principali lingue dell'Unione europea: www.rroma-europa.eu. Traduzione italiana a cura di Laura Todisco e Marco Accorinti: http://www.rroma-europa.eu/it/sc_it.pdf

³ Lodovico Antonio Muratori, *Rerum italicarum scriptores*, 288-290, 1751.

4. i *Rom harvati* e il sottogruppo dei *kalderasha*, circa 7 mila persone arrivate dal nord della Jugoslavia dopo le due guerre mondiali, e i *rom lovara* (non più di mille), anch'essi Rom con cittadinanza italiana;
5. i *rom jugoslavi*, che è possibile suddividere in due grandi ceppi, i *khorkhanè* (musulmani) e i *dasikhanè* (i cristiano-ortodossi), vivono per lo più nei campi nomadi del Nord e del Centro;
6. i *rom romeni*, con un flusso in continuo aumento; le cui comunità più grandi sono a Milano, Roma, Napoli, Bologna, Bari, Genova.

Come nel resto dell'Europa, anche in Italia i Rom sono prevalentemente sedentari. Dal punto di vista legale, alle persone Rom di cittadinanza straniera si applica il decreto legislativo 25 luglio 1998 (Testo unico sull'immigrazione), con le successive integrazioni e modificazioni.

I ROM A ROMA

È un compito arduo ricostruire la presenza dei Rom nella nostra città, soprattutto perché negli ultimi anni, in seguito ai conflitti nei Balcani e all'apertura delle frontiere con l'Europa dell'Est, la situazione è in rapidissimo movimento.

Nel luglio 2009, il Comune contava circa 100 siti di insediamento dei Rom presenti in Città. Circa le condizioni di vita, bisogna evidenziare che molto spesso le comunità si insediano in maniera spontanea occupando spazi aperti.

Lungo il Tevere è sempre stato possibile individuare tre aree di riferimento: la prima a sud di Roma, dall'autostrada per Fiumicino al ponte Sublicio; la seconda, a nord, da Ponte Milvio-Tor di Quinto e il ponte di via del Foro Italico; la terza parte, in corrispondenza del centro storico, per solito poco utilizzata per gli insediamenti spontanei. Nelle prime due aree si trovano anche elevate concentrazioni di accampamenti di Rom bosniaci, montenegrini o di altre etnie, Rom rumeni o semplicemente cittadini rumeni. Tali gruppi (perché difficilmente si tratta di individui singoli) vivono in clan più o meno organizzati, dormono in tende o baracche di fortuna, spesso visibili dalle sponde, o tra i canneti. Alcuni accampamenti negli anni scorsi sono stati tollerati dalle Autorità e anche dotati di servizi igienici chimici, la cui pulizia ha sempre lasciato a desiderare come, del resto, le condizioni igieniche e la situazione sanitaria complessiva. Non sono sempre persone appena arrivate a Roma: in diversi casi si tratta di nuclei presenti in Città da molti anni, che lavorano e i cui figli sono inseriti nelle scuole.

In altre zone della Città, gli altri accampamenti, grandi o piccoli, popolati da Rom, bosniaci, rumeni o altre etnie, presentano realtà tutte diverse: gli occupanti sono raggruppati intorno ad un nucleo oppure preferiscono isolarsi tra di loro, utilizzano tende o baracche e in alcuni casi è un viadotto o un ponte che offre un riparo, talvolta vecchie roulotte abbandonate vengono utilizzate come abitazioni. La situazione igienica appare sempre estremamente precaria: difficilmente c'è un accesso all'acqua, se non quella presa con le taniche alle fontanelle; nessun servizio igienico intorno al campo, con rischi di epidemie, alluvioni, incendi...

A corredo di queste informazioni, si presentano sinteticamente i risultati del lavoro svolto dal gruppo di ricerca "*Progetto Rom - Linee guida per la risoluzione dell'emergenza abitativa della popolazione romanes*", operante all'interno dell'attività scientifica dell'"Ateneo Federato dello Spazio e della Società" presso la Sapienza – Università di Roma⁴.

I ricercatori hanno lavorato su una matrice di dati comprendente 5.652 casi, costruita a partire dalle informazioni contenute nel database del Censimento condotto dalla Polizia Municipale

⁴ Si ringrazia il gruppo di ricerca per aver messo a disposizione le prime elaborazioni effettuate.

nella primavera del 2008 e riguardante la popolazione Rom residente nei 21 insediamenti autorizzati dal Comune. Da questa fonte è possibile trarre alcune caratteristiche socio-demografiche anche se, la caratteristica della “volontarietà” di quel censimento, induce a pensare alla definizione di numeri per difetto di almeno il 30 – 40%.

Su 5.652 casi, 2.748 (48,6%) erano cittadini italiani, 2.095 (37,1%) provenivano da Paesi dell'Europa dell'Est e 147 dall'Europa dell'Ovest. Si tratta di un gruppo omogeneo tra i due sessi (48,7% uomini, 51,3% donne). Più della metà dei 5.533 persone censite sono minori di 19 anni (il 52,8% sul totale rilevato) e di questi, più del 41% hanno meno di 14 anni.

Si tratta quindi di una popolazione molto giovane, che fa emergere la considerazione che i Rom non siano ancora entrati nella cosiddetta “terza transizione demografica”, caratterizzata da bassa natalità, slittamento in avanti nell'età delle primipare e da una elevata speranza di vita (solo 50 individui rilevati su 5.533 casi avevano superato i 70 anni, meno del 1%).

Altro elemento di attenzione riguarda la numerosità delle famiglie: su 5.648 casi le famiglie composte da 1 o 2 persone rappresentavano solo l'8% del totale, mentre la generalità dei casi vede una presenza di famiglie composte da 5 o da 6 persone (31,1%), 7 persone (11,3%), 8 persone (7,2%) o più (18,7%).

Un altro lavoro di analisi è stato condotto nel luglio 2009, prima dell'implementazione del “Piano Nomadi” del Comune di Roma. Le Autorità di Pubblica Sicurezza tra il mese di Febbraio 2009 e il giugno del 2009 hanno rilevato oltre 80 insediamenti abusivi in cui si stimava la presenza di 2.900 persone, 14 campi tollerati con 2.736 persone presenti e 7 villaggi autorizzati in cui vivevano 2.241 persone, quindi un totale di 7.877 persone circa negli oltre 100 insediamenti presenti a Roma.

Tutti i censimenti effettuati hanno rilevato, al di là del numero delle persone presenti, condizioni di vita nei *Villaggi Autorizzati* assai critiche. Molti erano privi delle condizioni minime di sicurezza e di messa a norma degli impianti elettrici ed idraulici, nonché degli impianti fognari.

CARATTERISTICHE SOCIO-CULTURALI DEI GRUPPI ROM

La Comunità Rom Montenegrina.

Storicamente nel Montenegro i Rom sono stati una comunità inserita nel contesto sociale, civile e lavorativo alla pari degli altri cittadini. Il 60% della comunità Rom lavorava nelle fabbriche, nelle aziende comunali di pulizia urbana, nell'agricoltura. In Italia hanno assimilato i lavori autonomi già praticati in patria. In maggioranza sono di religione ortodossa.

La Comunità Rom Bosniaca.

I Rom della Bosnia sono stati spesso discriminati ed esclusi dal contesto sociale, civile e lavorativo. In maggioranza praticano *l'arte dell'arrangiarsi*: accattonaggio, chiromanzia, furto, lavorazione del rame, recupero di materiali ferrosi e altri. La discriminazione subita li ha spinti verso l'assimilazione religiosa, che ha permesso loro di avere un certo contatto con la popolazione e di praticare il piccolo commercio informale con la comunità musulmana locale. In Italia continuano a vivere con le forme di sostentamento già praticate in patria. In maggioranza sono musulmani.

La Comunità Rom Serba.

I Rom serbi storicamente sono allevatori di cavalli e commercianti di prodotti agricoli da loro stessi coltivati. In maggioranza erano scolarizzati. La parte rimasta in Serbia è costituita da attivisti politici: professori universitari, dipendenti pubblici, amministrativi, politici. La parte discriminata, che viveva ai margini della società, è arrivata in Italia intorno al 1970, con la prima

ondata migratoria, seguita dalla più recente e massiccia, dovuta alle vicende belliche che hanno scosso i Balcani. In Italia sono dediti al commercio minuto e al recupero di materiali ferrosi e non. In maggioranza sono di religione ortodossa.

La Comunità Rom Kossovara.

Storicamente hanno ricoperto i lavori più umili della società e nel periodo turbolento delle guerre nell'ex Jugoslavia sono stati oggetto di pesanti discriminazioni, come d'altronde anche gli altri kossovari. I lavori tipici dei Rom Kossovari durante la permanenza in Jugoslavia erano concentrati nel settore delle pulizie, della vendita ambulante, nell'edilizia e nell'agricoltura stagionale. Le pesanti discriminazioni subite hanno generato una grande ondata migratoria negli anni Novanta. In Italia la comunità Rom Kossovara è ancora dedita, in prevalenza, agli impieghi svolti nella ex Jugoslavia. In maggioranza sono di religione musulmana.

La Comunità Rom Macedone.

I Rom macedoni storicamente sono dediti al commercio di bestiame e di abiti. In patria ricoprono ruoli di tipo istituzionale, dovuti alla loro grande emancipazione e interazione con il resto della società. In Italia la comunità Rom macedone arriva con l'ondata migratoria durante le guerre nei Balcani. La Macedonia è stato il Paese meno coinvolto nei conflitti, e quindi la presenza di questo gruppo a Roma è minore rispetto alle altre comunità. Quanti sono presenti in Italia lavorano come carpentieri, muratori, traslocatori.

La Comunità Rom Rumena.

In Italia sono presenti almeno 30-40.000 Rom rumeni, arrivati a partire dalla seconda metà degli anni Novanta. Il regime socialista li aveva costretti ad abbandonare il nomadismo e ad integrarsi. Durante le riforme seguite al crollo del socialismo, i Rom hanno perso i loro lavori nei distretti industriali e hanno subito gravi discriminazioni (espulsione dei minori dalle scuole, distruzione delle case, pestaggi, ecc.). Questi fatti hanno spinto i Rom alla migrazione verso i paesi dell'Europa occidentale, per raggiungere coloro che si erano già trasferiti negli ultimi 50 anni.

DATI SULLA SCOLARIZZAZIONE DEI MINORI ROM⁵

Il Progetto di scolarizzazione dei bambini ed adolescenti Rom del Comune di Roma opera in 16 insediamenti, ubicati in 11 Municipi. Il trasporto scolastico è affidato alla Società ATAC S.p.A. ed è effettuato con 33 linee dedicate al servizio.

Gli iscritti nelle scuole statali (a.s. 2010-11) sono 1.788, di cui 1.205 (67,39%) residenti nei 7 Villaggi attrezzati e 583 (32,61%) presso i 9 insediamenti non attrezzati.

Nella scolarizzazione dei minori Rom sono coinvolti 4 organismi gestori e centinaia di scuole di ogni ordine e grado, compresi i Centri di Formazione Professionale.

Tabella 1 Alunni Rom iscritti, per tipologia di scuola

Tipologia scuola	Iscritti	
	N.	%
Scuola Infanzia	309	17,28
Scuola primaria	960	53,69
Scuola Secondaria di 1° grado	435	24,33

⁵ Le informazioni contenute in questa sezione sono elaborate su dati del Dipartimento Servizi Educativi e Scolastici - Ufficio Scolarizzazione Alunni Rom e si riferiscono al "Progetto Scolarizzazione Bambini e adolescenti Rom" - anno scolastico 2010/2011.

Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	84	4,70
Totale	1.788	100

Grafico 1 Alunni Rom iscritti, per tipologia di scuola

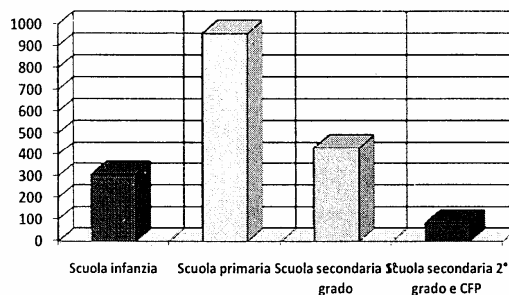


Tabella 2 Alunni Rom iscritti e Scuole, per Ente

Ente	N. insediamenti	Iscritti		N. Scuole ⁶
		N.	%	
Arci solidarietà Onlus	5	796	44,52	135
Eureka I ONLUS	1	73	4,09	14
Ermes Coop. Sociale ONLUS	4	504	28,19	78
Casa dei diritti sociali - Focus	6	415	23,21	73
Totale	16	1.788	100	

Grafico 2 Alunni Rom iscritti, per Ente

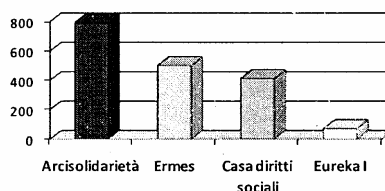


Tabella 3 Alunni Rom iscritti e Scuole, per insediamento

Tipologia insediamenti	Villaggio/insediamento	Municipio	N. Iscritti	In n. Scuole
Villaggi attrezzati	Cesarina (Municipio)	IV	72	10
	Camping River (Municipio)	XX	134	21
	Via di Salone (Municipio)	VIII	324	47
	Via Gordiani (Municipio)	VI	72	12
	Via Candoni (Municipio)	XV	268	47
	Caste! Romano (Municipio)	XII	262	52

⁶ Non è possibile, in questa sede, indicare il numero complessivo delle scuole interessate, ma solo quello delle scuole in cui operano gli Enti attuatori del progetto.

	via Cesare Lombroso	XIX	73	14
	Sub-totale		1.205	
Insedimenti non attrezzati	via di Ciampino	X	81	20
	via Salviati 70 e Via Salviati 72	V	112	19
	Via del Foro Italico	II	16	3
	Via della Martora	V	67	12
	CPA Via Amarilli	V	41	7
	Tor de Cenci	XII	148	22
	Tor di Quinto	XX	86	8
	Monachina	XVIII	32	6
	Sub-totale		583	
TOTALE			1.788	

Tabella 4 Scolarizzazione dei minori Rom per Ente, insediamento e ordine di scuola

Ente	Insedimento	Ordine di scuola	Iscritti	N. Scuole
Arci solidarietà Onlus	Villaggio Attrezzato Via Candoni (Municipio XV)	Scuola Infanzia	40	12
		Scuola Primaria	156	23
		Scuola Secondaria di 1° grado	54	7
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	18	5
		Totale	268	47
	Villaggio Attrezzato Castel Romano (Municipio XII)	Scuola Infanzia	48	17
		Scuola Primaria	152	20
		Scuola Secondaria di 1° grado	59	14
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	3	1
		Totale	262	52
	Insediamento non attrezzato Tor de Cenci (Municipio XII)	Scuola Infanzia	31	9
		Scuola Primaria	63	8
		Scuola Secondaria di 1° grado	49	3
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	5	2
		Totale	148	22
	Insediamento non attrezzato Tor di Quinto (Municipio XX)	Scuola Infanzia	14	3
		Scuola Primaria	58	3
		Scuola Secondaria di 1° grado	14	2
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	0	0
		Totale	86	8
	Insediamento non attrezzato Monachina (Municipio XVIII)	Scuola Infanzia	5	1
		Scuola Primaria	18	3
		Scuola Secondaria di 1° grado	8	1
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	1	1
Totale		32	6	
Totale generale		796		
Eureka I ONLUS	Villaggio attrezzato via Cesare Lombroso (Municipio XIX)	Scuola Infanzia	24	2
		Scuola Primaria	24	4
		Scuola Secondaria di 1° grado	16	5
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	9	3
		Totale generale	73	14
Erme Coop. Sociale ONLUS	Villaggio Attrezzato Via di Salone (Municipio VIII)	Scuola Infanzia	45	10
		Scuola Primaria	179	21
		Scuola Secondaria di 1° grado	81	11
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	19	5
		Totale	324	47

	Villaggio Attrezzato Via Gordiani (Municipio VI)	Scuola Infanzia	10	1
		Scuola Primaria	29	2
		Scuola Secondaria di primo grado	21	3
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	12	6
		Totale	72	12
	Insediamento non attrezzato Via della Martora (Municipio V)	Scuola Infanzia	17	3
		Scuola Primaria	34	5
		Scuola Secondaria di 1° grado	15	3
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	1	1
		Totale	67	12
	CPA Via Amarilli (Municipio V)	Scuola Infanzia	12	1
		Scuola Primaria	16	1
		Scuola Secondaria di 1° grado e I. C.	11	4
Scuola Secondaria di 2° grado e CFP		2	1	
	Totale	41	7	
Totale generale		504		
Casa dei diritti sociali - Focus	Insediamento non attrezzato via di Ciampino (Municipio X)	Scuola Infanzia	6	3
		Scuola Primaria	48	10
		Scuola Secondaria di 1° grado	24	5
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	3	2
		Totale	81	20
	Insediamenti non attrezzati via Salviati 70 e Via Salviati 72 (Municipio V)	Scuola Infanzia	5	3
		Scuola Primaria	66	9
		Scuola Secondaria di 1° grado	39	6
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	2	1
		Totale	112	19
	Insediamento non attrezzato: Via del Foro Italico (Municipio II)	Scuola Infanzia	3	1
		Scuola Primaria	11	1
		Scuola Secondaria di 1° grado	2	1
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	0	0
		Totale	16	3
	Villaggio Attrezzato Cesarina (Municipio IV)	Scuola Infanzia	11	3
		Scuola Primaria	38	3
		Scuola Secondaria di 1° grado	20	2
		Scuola Secondaria di 2° grado e CFP	3	2
		Totale	72	10
	Villaggio Attrezzato Camping River (Municipio XX)	Scuola Infanzia	38	6
		Scuola Primaria	68	5
		Scuola Secondaria di 1° grado	22	5
Scuola Secondaria di 2° grado e CFP		6	5	
	Totale	134	21	
Totale generale		415		

IL "PIANO NOMADI"

Il contesto

Aprile 2008. Il territorio della Capitale ospita più di 100 insediamenti rom per un totale di 7.700 soggetti. Solo 7 dei 100 campi sono autorizzati, vale a dire riconosciuti e gestiti dal Comune di Roma. Nessuno di essi, tuttavia, è a norma di legge e di conseguenza si rilevano le seguenti problematiche:

- mancanza/incertezza di un valido documento di riconoscimento per la maggior parte dei dimoranti nelle strutture;
- mancanza delle infrastrutture primarie nella maggior parte dei campi (elettricità, acqua potabile, impianto fognario);
- precarie condizioni igienico-sanitarie;
- nessun controllo interno al campo, che ha causato un generale lassismo nelle condotte dei soggetti ospitati (impedendo in tal modo un'efficace attività di prevenzione della criminalità).

In sostanza, proliferano all'interno del tessuto cittadino vere e proprie "favelas" con un deficit strutturale sia di legalità (quindi di sicurezza) sia di politiche sociali (quindi di opportunità di integrazione sociale). Tali condizioni causano, di fatto, l'emarginazione delle persone Rom.

Maggio 2008. Con l'insediamento della nuova Giunta Comunale, nasce il "Piano Nomadi" per far fronte all'emergenza Rom nel territorio del Comune di Roma. La situazione, come sopra riportato, è grave e necessita di pronte soluzioni anche dal punto di vista umanitario. Viene pertanto deliberata, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 maggio 2008, la dichiarazione dello Stato di Emergenza relativamente agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lombardia e Lazio: "... Considerato che la medesima situazione di elevata criticità interessa anche le provincie di Napoli e Roma, dove si registra un'elevata presenza di comunità nomadi nelle aree urbane e zone circostanti, con insediamenti in larga misura abusivi; Considerato altresì che la sopra descritta situazione ha determinato un aumento dell'allarme sociale, con gravi episodi che mettono in serio pericolo l'ordine e la sicurezza pubblica...".

Nella Regione Lazio, con Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3676 del 30.05.2008, il Prefetto di Roma è nominato "Commissario delegato per la realizzazione di tutti gli interventi necessari al superamento dello stato di emergenza nel territorio della Regione Lazio, con particolare riferimento alle aree urbane del Comune di Roma e alle zone circostanti". L'Ordinanza prevede, tra l'altro, che al "Commissario delegato" spetti in egual modo l'adozione di interventi finalizzati a favorire l'inserimento e l'integrazione sociale delle persone trasferite nei Villaggi Attrezzati.

Normativa di riferimento

- Risoluzione 65/1992 dell'attuale Consiglio per i Diritti Umani, organo in seno all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che prevede l'adozione di strumenti tesi ad implementare le condizioni di vita dei Rom.
- Risoluzione del Parlamento europeo del 31.01.2008 che sottolinea l'importanza di delineare una strategia comune europea in materia di Rom.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 maggio 2008, recante la dichiarazione dello Stato di Emergenza relativamente agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lombardia e Lazio; e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28.5.2009 con cui viene prorogato fino al 31.12.2010 lo Stato di Emergenza.
- Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3676 del 30.05.2008, con la quale il Prefetto di Roma è nominato "Commissario delegato per la realizzazione di tutti gli interventi necessari al superamento dello stato di emergenza".
- "Patto per Roma Sicura", rimodulato 29.07.2008, ha delineato gli impegni assunti dal Presidente della Regione Lazio, dal Presidente della Provincia di Roma, dal Sindaco di Roma, insieme con i responsabili provinciali dell'ordine e della sicurezza pubblica al fine di

elevare i livelli di sicurezza e di vivibilità urbana, anche con riferimento agli insediamenti delle popolazioni nomadi.

- “Regolamento per la gestione dei villaggi attrezzati per le comunità nomadi nella Regione Lazio” e “Disciplinare sulle modalità di permanenza temporanea nei villaggi attrezzati per le comunità nomadi del Comune di Roma”. Stabiliscono regole di convivenza improntate al rispetto delle libertà individuali, alla scelta democratica dei rappresentanti del campo, alle regole che governano la gestione e la struttura dei villaggi attrezzati oltre che ai diritti ed ai doveri degli ospiti.

Il “Piano Nomadi”

Il “Piano Nomadi” si configura come un progetto, un sistema operativo che ruota intorno alle popolazioni Rom e che vede coinvolti la Prefettura, il Roma Capitale e le Organizzazioni di Volontariato. Consiste nell’insieme delle attività preposte al superamento dell’emergenza nomadi nel territorio della Regione Lazio, con particolare riferimento all’ area del Roma Capitale, così come previsto dal D.P.C.M del 21.05.2008.

A latere delle azioni degli organi istituzionali sopra citati, è di fondamentale rilevanza l’attività di supporto realizzata dalla Croce Rossa Italiana e da numerose Organizzazioni di Volontariato, suddivisibile nelle seguenti fasi: concertazione con la popolazione interessata dalle ricollocazioni; implementazione e monitoraggio dei programmi di inclusione sociale; membri del Gruppo di Coordinamento e Garanzia (come di seguito specificato).

Il Piano Nomadi si muove su due direttrici fondamentali: una riguarda il riordino strutturale degli insediamenti Rom della Capitale; l’altra tende alla valorizzazione dell’individuo al fine di eliminare le discriminazioni e di promuovere il principio della parità di trattamento indipendentemente dall’origine etnica.

I destinatari delle misure previste dal Piano Nomadi della Capitale, secondo una ricognizione effettuata per conto del Commissario Delegato, sono stimabili nel numero di 6.000 soggetti di etnia Rom, considerato anche le possibilità di ricettività che può offrire il Roma Capitale.

Le istituzioni responsabili dell’attuazione del Piano Nomadi

IL COMMISSARIO DELEGATO: Ex O.P.C.M. n.3676 del 30.5.2008: monitoraggio villaggi attrezzati ed individuazione degli insediamenti abusivi; identificazione e censimento delle persone presenti nei campi, attraverso i rilievi segnaletici; coordinamento degli interventi delle Forze di Polizia; individuazione dei siti per la realizzazione dei villaggi attrezzati; adozione delle misure finalizzate allo sgombero di aree occupate da insediamenti abusivi; interventi per ripristinare i livelli minimi delle prestazioni sociali e sanitarie, per la promozione della scolarizzazione e l’avviamento professionale; l’adozione di ogni misura utile e necessaria al superamento dell’emergenza.

ROMA CAPITALE: assegnazione delle unità abitative ai soggetti ricollocati; assistenza nelle fasi delle ricollocazioni; predisposizione di programmi di inclusione sociale; predisposizione e gestione del progetto DAST; gestione indiretta dei presidi socio-educativi dei villaggi attrezzati.

Le Attività Strutturali

Sono stati messi a norma di legge i Villaggi attrezzati di Salone, Castel Romano, River, Candoni e Gordiani, e al fine di migliorare le condizioni abitative dei soggetti, sono stati effettuati lavori di adeguamento, ristrutturazione e bonifica. In modo particolare, i lavori hanno riguardato l’adeguamento delle fognie, il ripristino degli impianti idrici ed elettrici, il posizionamento, ove possibile, di verande, l’implementazione di nuove strutture abitative, l’istituzione di un servizio

di portierato e di vigilanza a garanzia della popolazione stessa dimorante nel Villaggio e la perimetrazione delle aree.

Il Piano Nomadi prevede, a livello strutturale, la riorganizzazione degli insediamenti Rom nel Comune di Roma. Esisteranno 12/13 villaggi attrezzati, dotati degli standard abitativi previsti dalla normativa vigente (i moduli abitativi sono dotati di certificato di conformità alle regole europee EN 1647). Saranno smantellati tutti gli insediamenti abusivi o tollerati* della Capitale (campi abusivi ma regolamentati dall'Ordinanza sindacale 80/1996), in primordine quelli che presentano già precarie condizioni igienico-sanitarie.

La Valorizzazione dell'individuo

Le azioni inserite nel Piano Nomadi sono improntate alla valorizzazione della componente umana e alla promozione della dignità soggettiva delle persone Rom. Nessun processo d'integrazione può rivelarsi efficace se prescinde dal suo elemento essenziale: l'uomo. La ristrutturazione dei villaggi attrezzati, evidenziata sopra, è parte integrante del processo di valorizzazione soggettivo previsto dal Piano Nomadi. L'ambiente vincola, condiziona ed influisce sull'individuo: per questa ragione il miglioramento delle condizioni abitative della popolazione Rom rappresenta il primo passo verso la tutela della dignità delle persone Rom.

La chiusura di tutti gli insediamenti abusivi caratterizzati dall'emarginazione e da precarie condizioni igienicosanitarie ne è evidente conseguenza. All'interno dei 12/13 Villaggi attrezzati saranno inoltre previsti degli organi istituzionalizzati che favoriranno l'integrazione sociale della popolazione Rom, ai sensi del "Regolamento per la gestione dei villaggi attrezzati per le comunità nomadi nella Regione Lazio" e del "Disciplinare sulle modalità di permanenza temporanea nei villaggi attrezzati per le comunità nomadi del Comune di Roma" (vedi sopra). Tra questi:

PRESIDIO SOCIO-EDUCATIVO: organo collegiale, composto da risorse specializzate del V° e del XI° Dipartimento del Comune e dai rappresentanti dei Servizi Sociali territoriali, con funzione di interfaccia operativa con il sistema istituzionale e con gli interlocutori dedicati alla formazione e al lavoro; in sostanza, il Presidio costituisce un costante punto di riferimento per l'integrazione scolastica dei minori, per la mediazione culturale, per l'assistenza culturale, per la lotta alla devianza, per l'inserimento lavorativo, per l'assistenza psico-sociale...

COMITATO DI RAPPRESENTANZA: composto da 5 Rom del campo eletti democraticamente dalla popolazione dello stesso Villaggio, per un mandato di 12 mesi; ha il compito di agevolare un costruttivo rapporto tra l'amministrazione comunale e la popolazione del campo.

COMITATO CONSULTIVO: avente funzione di assicurare una positiva integrazione, di raccogliere proposte e contributi provenienti dai soggetti rappresentativi, di monitorare il programma d'azione del villaggio, rappresenta il forum di contatto tra le istituzioni ed il Comitato di Rappresentanza; sono membri di diritto l'Assessore alle Politiche Sociali e alle Politiche Educative del Comune di Roma, i dirigenti delle U.O. dipartimentali competenti; il Presidente del Municipio competente territorialmente; un rappresentante della A.S.L. territoriale; un rappresentante del volontariato che opera per la popolazione Rom; i rappresentanti delle Forze dell'ordine e dei Presidi del campo; il Comitato di Rappresentanza del Campo.

GRUPPO DI COORDINAMENTO E GARANZIA: composto dai rappresentanti del mondo del volontariato che ruota attorno all'universo Rom, e coordinato dal Direttore del V° Dipartimento del Comune di Roma. Sostiene i rappresentanti delle popolazioni rom affinché si realizzino le varie fasi del Piano Nomadi e funge da elemento di mediazione sociale nei rapporti tra le Istituzioni e le popolazioni rom. Attualmente hanno aderito le ACLI della Solidarietà, la Caritas

Diocesana, il Centro Astalli, S. Vincenzo De Paoli, l'ArciConfraternita del SS. Sacramento e del S. Trifone, Comunione e Liberazione.

Sempre con riferimento al percorso di integrazione sociale dell'individuo, e più precisamente in relazione all'attuazione del principio di portata generale della parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro (Direttiva U.E. 78/2000), l'Amministrazione comunale ha avviato un programma integrato di tirocini e di borse lavoro a favore dei Rom di fascia d'età più giovane, teso a favorire l'incontro tra offerta e domanda di lavoro: il Programma RETIS.

I documenti di identità

Evidentemente il processo di valorizzazione individuale o di integrazione sociale dell'individuo risulta del tutto sterile se il medesimo non è in possesso di validi documenti di riconoscimento: nella sostanza è equiparabile ad una situazione di clandestinità, con l'impossibilità di inserirsi in percorsi professionali o di usufruire dei servizi territoriali. Data la grande quantità di soggetti privi di validi documenti di riconoscimento, il Piano Nomadi, in accordo con il Ministero degli Interni, ha previsto anche una serie di attività finalizzate "all'integrazione identitaria" del soggetto. Tramite il rilievo foto dattiloscopico (c.d. foto segnalamento), condotto dalla Questura di Roma, al quale il soggetto decide volontariamente di sottoporsi, si ha la facoltà di fare domanda per la concessione della protezione internazionale o di richiesta del permesso di soggiorno umanitario. La protezione internazionale viene deliberata dalle Commissioni Territoriali del Ministero dell'Interno, ove ne ricorrano presupposti di legge. Il permesso di soggiorno umanitario viene a sua volta emesso dalla Questura competente territorialmente, sempre valutati i presupposti di legge.

Contestuale a ciò, la permanenza nei Villaggi attrezzati viene legalizzata attraverso l'emissione del Documento Autorizzativo allo Stazionamento Temporaneo (DAST) della durata di due anni, rinnovabile per altrettanti. Tale documento certifica la Residenza presso il Villaggio attrezzato; il rispetto del Regolamento vigente; la volontà di partecipare alle attività di inserimento professionale, di scolarizzazione, di inclusione sociale previste nel programma del campo.

L'obiettivo di lungo termine del Piano Nomadi

L'obiettivo di lungo periodo del Piano Nomadi si fonda su due principi fondamentali, strettamente correlati ed interdipendenti tra loro: il rispetto del principio della legalità e la promozione dell'integrazione sociale. Tali principi, con le conseguenti strategie d'azione che comportano, sono alla base dell'obiettivo del Piano Nomadi: rendere l'individuo autonomo. Entrambi i principi, correlati dalle rispettive strategie d'azione, devono condurre il singolo a raggiungere un pieno stato d'autonomia con la conseguente "uscita dal Villaggio".

Il principio della legalità va inteso come rispetto delle regole quale cardine della socialità. La strada per l'integrazione deve passare dal rispetto delle regole che governano il nostro paese, prima fra tutti quello della certezza dell'identità. A conferma di quanto sopra citato, condizione essenziale per l'inserimento nei Villaggi Attrezzati è quello di non aver commesso reati particolarmente gravi quali: violenza su minore, violenza carnale, rapine, detenzione e traffico di armi, traffico e spaccio di stupefacenti, sfruttamento della prostituzione ecc... La consegna del DAST, a sua volta, vincola il soggetto alle norme della "cives", pena la revoca dell'autorizzazione allo stazionamento nelle strutture del Comune di Roma.

Il principio dell'integrazione sociale va inteso come insieme dei processi culturali, sociali e politici che rendono un individuo membro di una società senza che quest'ultimo perda le proprie originalità. L'applicazione del principio di integrazione sociale, che include le politiche tese all'eliminazione delle discriminazioni e alla promozione dell'inclusione sociale delle fasce più deboli, ha subito un'importante svolta d'azione.

Rispetto alla precedente strategia, si è passato da un approccio meramente assistenzialistico, nel quale erano evidenti tracce di degenerazione e di sperequazione del sistema, ad una prassi sussidiaria ove il soggetto destinatario dell'intervento diventa parte attiva nel processo di autodeterminazione della propria autonomia. Il Regolamento per la gestione dei Villaggi attrezzati, frutto della collaborazione interistituzionale tra Commissario Delegato e vertici politici di Regione Lazio, Provincia e Comune di Roma, ha tra l'altro sancito il superamento del sistema fondato sui campi come modello abitativo permanente.

Le strategie d'azione

Le strategie d'azione del Piano Nomadi, in tutte le loro fasi, sono state improntate alla massima comunicazione e concertazione diretta con gli attori cointeressati. I momenti di condivisione con la popolazione rom sulle procedure di rilievo foto dattiloscopico (c.d. foto segnalamento) seguono un modus operandi concentrico, del tutto innovativo rispetto a quanto avveniva in precedenza: in prima istanza la comunicazione avviene direttamente sul campo, con la presenza delle istituzioni (Sindaco, Commissario Delegato, Assessore alle Politiche Sociali) al fine di preavvisare in un tempo congruo l'inizio delle attività di cui sopra; in seconda fase, gli operatori del Comune di Roma, concertano con i rappresentanti del campo i modi e le modalità di svolgimento delle procedure; per ultimo, l'informazione sulle attività concordate viene trasmessa individualmente con l'obiettivo di soddisfare al meglio esigenze particolari dei singoli soggetti (ad esempio nei casi di persone fragili).

Tali fasi permettono un alto grado di partecipazione condivisa ad un livello diretto con i soggetti, senza intermediari, creando al tempo stesso un consenso praticamente unanime sulle procedure da seguire. La concertazione diretta non viene a mancare nel momento della fase successiva al rilievo foto dattiloscopico: la ricollocazione.

Anche in questo caso, come nel precedente, vi sono diversi livelli di comunicazione: di norma, viene siglato un "Protocollo di condivisione delle strategie" tra i rappresentanti rom e le istituzioni in cui vengono sottolineate le priorità da dover soddisfare. Successivamente, viene tenuto conto delle posizioni soggettive dei Rom al fine di creare un quadro completo sulle esigenze da rispettare nel momento della ricollocazione.

La ricollocazione prevede inoltre il rispetto dei tempi necessari al recupero dei beni personali nelle modalità più idonee al trasferimento e l'accompagnamento presso il Villaggio concordato. In tutte queste fasi è rilevante l'ausilio del Gruppo di Coordinamento e Garanzia suindicato il quale attraverso la paziente e minuziosa attività di mediazione assicura il pacifico svolgimento delle operazioni.

A conclusione delle operazioni di ricollocazione sono garantiti, dal giorno successivo, i seguenti servizi:

- **Scolarizzazione.** Tale ambito si iscrive nella perfetta collaborazione venutasi a creare tra il V e l'XI Dipartimento del Comune di Roma. Si è provveduto al mantenimento delle iscrizioni scolastiche dei minori rom nei plessi scolastici ove già frequentavano tramite l'accompagnamento per mezzo di scuola bus. Nel momento in cui riapriranno le iscrizioni scolastiche, ciascuna famiglia, supportata dai mediatori scolastici del Comune di Roma, potrà iscrivere il proprio figlio nella struttura che riterrà più opportuna nell'ambito del Municipio di competenza.
- **Mediazione culturale:** ai nuovi residenti del Villaggio vengono garantite delle forme di aggregazione all'interno della comunità e del territorio ove si inseriscono. Tra queste, la presentazione tra nuovi e vecchi residenti del campo e l'informazione sui servizi territoriali prossimi (ospedali, scuole, Municipio).

- Rilascio DAST: ai nuovi residenti viene rilasciato il DAST relativamente al Villaggio attrezzato ove sono stati ricollocati. Tale documento sancisce formalmente la volontà del soggetto di intraprendere i percorsi di autonomia attraverso il lavoro, nel rispetto della normativa vigente, che l'Amministrazione Comunale gli fornisce (programma RETIS – Rete di Inclusione Sociale).

Il Protocollo di condivisione delle strategie: le priorità

Vengono sottoscritti impegni relativi a:

- Prosecuzione della scolarizzazione;
- Eventuale assistenza sanitaria alle persone malate;
- Assistenza legale per i casi di ricongiungimento familiare;
- Rispetto del nucleo familiare e della compatibilità etnica nelle ricollocazioni
- Offerta di un alloggio alternativo adeguato secondo le disponibilità del Comune di Roma: alle mamme con minori che non accettano la ricollocazione in un campo nomadi viene offerta la possibilità di essere ospitati presso strutture comunali.

Ad aprile 2011, la situazione delle presenze di popolazioni Nomadi sul territorio di Roma Capitale, anche a seguito delle attività di fotosegnalamento e attribuzione dei DAST, si presentava ripartita secondo la tabella seguente:

Tabella 5

VILLAGGI AUTORIZZATI	POPOLAZIONE
Salone	850
Candoni	710
River	520
Gordiani	210
Castel Romano	800
Lombroso	160
Cesarina	180
La Barbuta	250
SUB-TOTALE	3.680
CAMPI TOLLERATI	POPOLAZIONE
Foro Italico	90
Spellanzon	70
Arco di Travertino	40
Settechiese	30
Ortolani	60
Monachina	110
Tor de cenci	300
Tor di Quinto	200
Salviati 1	70
Salviati 2	340
SUB-TOTALE	1.310
INSEDIAMENTI ABUSIVI	

SUB-TOTALE	2.000 circa
TOTALE PRESENZE	7.000 circa

Su queste basi, l'Amministrazione sta avviando la fase conclusiva del Piano Nomadi, in linea con le strategie di lungo periodo viste prima, attraverso la ricollocazione delle Popolazioni presenti nei campi c.d. "tollerati" nelle strutture bonificate o ampliate, previste dal Piano.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 8
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi
“Interventi per il contrasto delle dipendenze”

Su informazioni dell'Agenzia Comunale Tossicodipendenze

SOMMARIO

LO STATO DELL'ARTE	3
I SERVIZI DELL'AGENZIA COMUNALE TOSSICODIPENDENZE	4
LE NUOVE DIPENDENZE PATOLOGICHE	6
IL "PIANO PROGRAMMA" DELL'A. C. T.	7

LO STATO DELL'ARTE

Nella Città di Roma, il fenomeno delle dipendenze è molto diffuso e drammatico. Ai problemi storici si sono aggiunti l'abbassamento dell'età nel consumo di droghe, la diffusione della cocaina e di varie altre sostanze stupefacenti facilmente reperibili sul mercato illegale.

L'ignoranza degli effetti pericolosi di queste nuove dipendenze rappresentano un gravissimo problema, che si intende contrastare attraverso il potenziamento della rete dei servizi, orientata ad interventi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione rispetto all'uso delle sostanze stupefacenti.

Nel corso dell'anno 2009, il Dipartimento delle Politiche Antidroga ha stimato un progressivo aumento dell'uso di cocaina in Italia, soprattutto tra i giovanissimi di età compresa tra i 15-24 anni e i giovani tra i 25 e 34 anni. L'esame di questi dati conferma, e rafforza allo stesso tempo, la necessità di intervenire sul territorio con strategie e modelli di intervento adeguati che vedano protagonisti i giovani, i quali, sempre più precocemente, assumono droghe. Inoltre, sebbene le dipendenze principali e maggiormente conosciute siano quelle inerenti le sostanze, esiste un gruppo di dipendenze legate a oggetti o comportamenti presenti nella vita di tutti i giorni e che non riguardano le sostanze; sono il cibo, il sesso, Internet, la televisione, il gioco d'azzardo, lo shopping, etc...

L'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze ha, come obiettivo generale, non solo l'assistenza della popolazione tossicodipendente, oltre a quella parte di popolazione che utilizza saltuariamente le sostanze o che, raggiunta una condizione drug-free, necessita di un reinserimento socio-lavorativo, ma anche l'attuazione di progetti e servizi centrati su interventi preventivi, volti alla tutela ed al miglioramento della qualità della vita, attraverso strategie di sensibilizzazione, e trasmissione di stili di vita sani, centrati sulla promozione dell'agio. Strategicamente, si ritiene fondamentale, per contrastare la diffusione delle droghe, l'evitamento del primo contatto con le sostanze. Per tale motivo, particolare attenzione è rivolta alle giovani generazioni, maggiormente vulnerabili in virtù della loro fase di vita, perché possano ricevere, in modo inequivocabile, il messaggio di ricerca della libertà, dunque dalle droghe, in difesa del valore della vita. L'implementazione e il consolidamento della rete territoriale dei servizi segna, dunque, il passaggio da una rete parzialmente informale già presente nel territorio del Comune di Roma, ad una rete formale integrata costituita da servizi pubblici e del privato sociale che operano nell'ambito delle tossicodipendenze e delle dipendenze patologiche. La garanzia per i cittadini di poter esercitare il diritto alla salute passa attraverso un sistema di servizi dislocati sul tutto il territorio della Città. È questo il pilastro fondamentale su cui costruire un sistema di prevenzione e salute.

Le azioni progettuali e i servizi realizzati dall'Agenzia, tengono in considerazione gli aspetti relazionali, sociali e organici della persona, consentendo il riscatto della propria vita e il raggiungimento dell'obiettivo primario, ovvero la libertà dalle droghe. Tali percorsi coinvolgono i ragazzi in attività e stili di vita sani, offrendo loro un messaggio chiaro e coerente, riferito alla possibilità di vivere e sperimentare le emozioni, anche quelle negative, liberi da ogni dipendenza.

Un sistema informatico di raccolta dati (denominato GIANO - Gestione Integrata, Analisi e Orientamento), realizzato dall'Agenzia, garantisce la continua valutazione e monitoraggio dei servizi, al fine di migliorare la comprensione e la conoscenza dei fenomeni di dipendenza sul territorio ma, soprattutto, la condivisione, tra i servizi, della "storia" del tossicodipendente, mediante apposita scheda utente informatizzata. Un sistema di valutazione costante consente di

poter rimodulare l'attività o la mission dei servizi, a seconda dell'evoluzione del problema tossicodipendenza, così da offrire programmi sempre idonei ai bisogni emergenti, come ad esempio per la dipendenza dalle cosiddette nuove droghe, l'abbassamento dell'età di primo consumo e la politossicodipendenza.

I SERVIZI DELL'AGENZIA COMUNALE TOSSICODIPENDENZE

L'obiettivo di questa breve analisi è quello di offrire un panorama sullo stato dell'arte dei servizi erogati per conto dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze nel corso dell'anno 2009. Si è dunque analizzato la distribuzione dell'utenza all'interno dei differenti servizi, prendendo in considerazione le caratteristiche generali, quali la numerosità, il sesso e l'età media. Inoltre sono stati considerati alcuni aspetti più specifici, come l'età di primo contatto, la sostanza primaria utilizzata e la fruizione di uno o più servizi da parte degli utenti. Al fine di evidenziare l'andamento nell'utilizzo delle sostanze maggiormente diffuse, quali la cocaina, l'eroina e l'alcool, abbiamo messo a confronto il loro consumo dal 2003 ad oggi.

Nel corso dell'anno 2009 i servizi dell'ACT hanno registrato complessivamente 2.225 contatti. Il numero di registrazioni differisce dal numero effettivo di utenti, poiché accade usualmente che, un singolo soggetto, si rivolga a più di un servizio.

Una quota consistente di utenti è venuta a contatto esclusivamente con il servizio di Pronto Aiuto o con gli operatori del servizio Numero Verde cittadini/operatori. Tali servizi differiscono dagli altri poiché non forniscono un'assistenza continuativa e, fondamentalmente, rappresentano un primo aggancio con l'utenza. Escludendo dall'analisi generale dei dati tutti coloro che sono venuti in contatto esclusivamente con questi due servizi, è possibile osservare come la distribuzione dell'utenza risulti più omogenea.

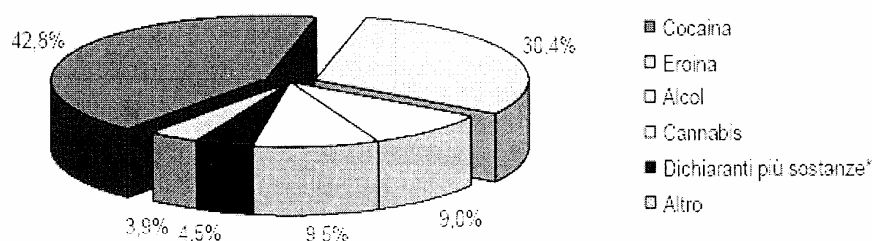
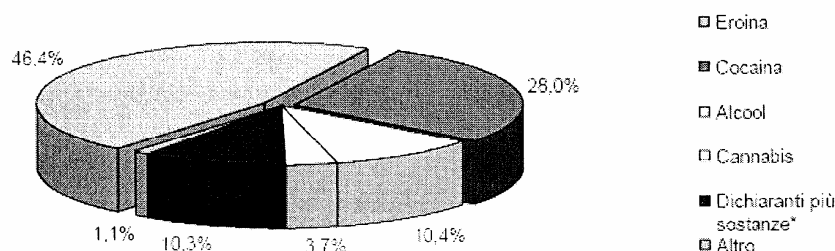
Sono considerati servizi ad alta soglia la Comunità di Riabilitazione Residenziale e il Centro Residenziale di Reinserimento; tutti gli altri sono definiti a bassa soglia.

Gli utenti dei servizi erogati per conto dell' Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze risultano essere, per la maggior parte, di sesso maschile (84,7%).

L'età media degli utenti è di circa 38 anni e, osservando l'età minima (16 anni) e massima (67 anni), si può notare una grande variabilità tra i soggetti. L'età di primo utilizzo si aggira intorno ai 19 anni, ma esiste una grande variabilità riscontrabile dal valore minimo (9 anni) e dal valore massimo (52 anni).

La sostanza più utilizzata dagli utenti dei servizi risulta essere l'eroina (36,9%), di poco superiore rispetto ai valori riferiti alla cocaina (36,7%). A seguire, vi è l'alcool (9,6%), la cannabis (7,2%) e la percentuale degli utenti che dichiarano di utilizzare più sostanze (6,6%).

Al fine di differenziare l'utenza dei servizi telefonici rispetto a tutti gli altri servizi è stata proposta una distinzione in base all'utilizzo della sostanza. Dall'analisi dei due grafici, risulta evidente che gli utenti che si rivolgono ai servizi telefonici facciano prevalentemente uso di cocaina, mentre i rimanenti servizi accolgono principalmente consumatori di eroina. E' evidente, dunque, la forte presenza di "un'emergenza cocaina" che si manifesta telefonicamente, a dispetto della mancanza di servizi adeguati ad accogliere tale tipologia di utenza.

Grafico 1 Sostanze stupefacenti dichiarate dagli utenti dei servizi telefonici dell'ACT**Grafico 2 Sostanze dichiarate dagli utenti servizi ACT (esclusi servizi telefonici)**

Si è voluto indagare anche la relazione esistente tra l'età degli utenti dei servizi e l'età del primo contatto con la sostanza; i dati emersi hanno evidenziato una nuova tendenza: i giovani di oggi hanno un primo contatto più precoce con le sostanze rispetto a quanto accadeva in passato.

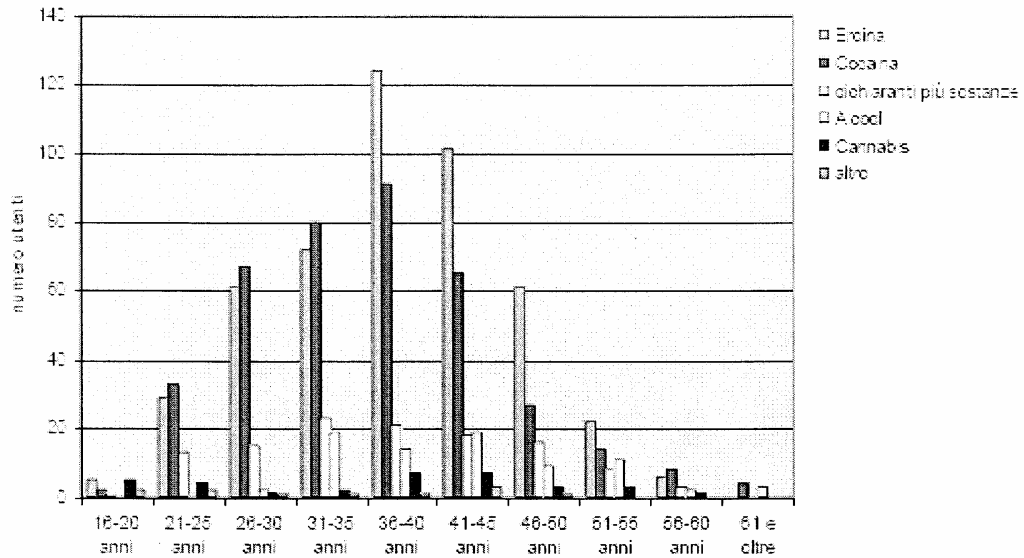
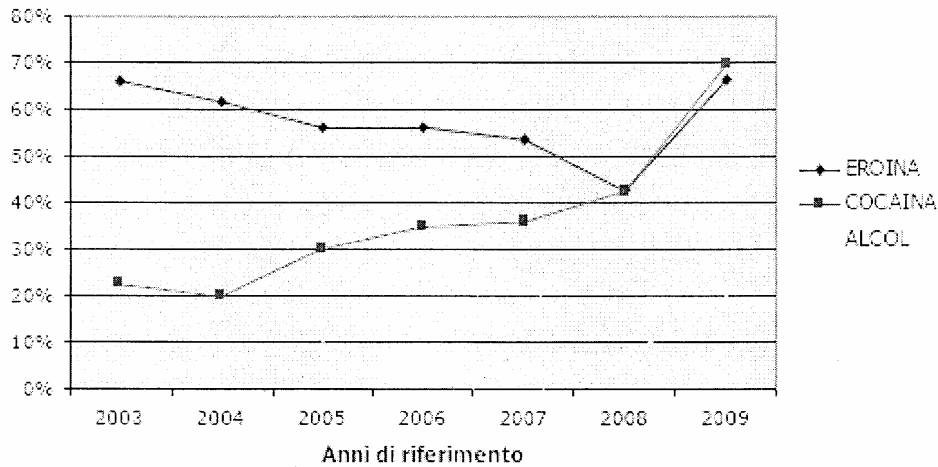
Si è osservato, inoltre, che esiste una stretta correlazione tra l'età degli utenti e le sostanze da questi utilizzate. Come si può osservare dal Grafico 3, sono i soggetti più giovani (21-25, 26-30 e 31-35 anni) ad utilizzare la cocaina come sostanza d'elezione, mentre i soggetti appartenenti a classi di età più adulte (36-40, 41-45 anni) sono principalmente consumatori di eroina.

Si è analizzato l'andamento nell'uso di sostanze quali eroina, cocaina e alcool dal 2003 ad oggi.

Per quanto riguarda il consumo di eroina, dal grafico è possibile osservare, come sia andato diminuendo, partendo da un valore del 65,8% del 2003 fino a raggiungere circa il 43% nel 2008, per poi rialzarsi nel 2009 al 66,4%.

Per quanto riguarda l'utilizzo di alcool, si nota come il consumo sia aumentato notevolmente negli anni che vanno dal 2003 al 2005, con un incremento di quasi 3 punti percentuali per anno, per poi innalzarsi notevolmente nell'ultimo anno: si è passati, infatti, da un consumo del 7% nel 2008 ad uno pari al 19% nel 2009.

Il dato più allarmante riguarda il consumo di cocaina: dopo un lieve calo fra il 2003 e il 2004, il consumo di questa sostanza è andato crescendo, fino a raggiungere quello dell'eroina nel 2008. Nel corso dell'ultimo anno, ha subito un ulteriore incremento vertiginoso, aumentando del 30%.

Grafico 3 Relazione fra età degli utenti e tipologia di sostanza utilizzata**Grafico 4 Sostanza primaria utilizzata dagli utenti dei servizi (anni 2003-2009)**

LE NUOVE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Le dipendenze però non sono solo relative a particolari sostanze. Negli ultimi tempi è in aumento l'interesse per le cosiddette "new addictions", ovvero tutti quei tipi di comportamenti che generano dipendenza senza l'assunzione di sostanze esterne. Si tratta di: gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, dipendenza da internet, dipendenza da rapporti sessuali illegali e a rischio, dipendenza da lavoro, e altro.

Tra tutte le *new addictions*, quella socialmente ed economicamente più rilevante è forse il gioco d'azzardo patologico, che è stato ufficialmente inquadrato come categoria diagnostica a partire

dal 1980 nell'ambito dello "spettro" dei disturbi impulsivo-compulsivi (DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) e su cui sono stati individuati alcuni sintomi che conducono alla definizione del soggetto come giocatore patologico: la persona diventa man mano sempre più coinvolta nel gioco, irritabile ed irrequieta qualora tenti di interromperlo. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori, comincia a mentire in famiglia ed agli altri per nascondere, fino ad arrivare a commettere azioni illegali pur di giocare, mettendo a rischio le relazioni e il lavoro stesso. Il giocatore aumenta esponenzialmente le scommesse, nel tentativo di recuperare il denaro perduto, comincia a chiedere prestiti e si indebita sempre di più passando così ad una fase di disperazione, forte esaurimento fisico e psichico fino ad arrivare alle crisi familiari, divorzi, licenziamenti, problemi con la giustizia.

Un'altra forma di dipendenza è legata al consumo e agli acquisti, lo "shopping compulsivo", che porta spesso a gravi conseguenze: debiti elevati, timore di essere scoperti, atti disperati per nascondere la propria colpa.

Più recente, ma in preoccupante aumento, è la dipendenza da Internet. Nel 1995 lo psichiatra americano Ivan Goldberg ha definito il concetto di *Internet Addiction Disorder* (IAD), individuandone i sintomi caratteristici. I disturbi mentali caratterizzati da comportamenti estremi nella sfera dell'abuso da internet possono condurre a un deterioramento del funzionamento fisico e psichico del soggetto fino a farla diventare una patologia, quando aumentano progressivamente le ore di collegamento e diminuisce il tempo disponibile da dedicare alle relazioni sociali, quando il virtuale acquista una importanza maggiore della vita reale, dalla quale il soggetto tende a estraniarsi sempre più, creando problemi in ambito familiare, lavorativo, scolastico e della salute che si traduce in un malessere psicofisico.

Ai sintomi della dipendenza si associano altre caratteristiche: la perdita delle relazioni interpersonali, le modificazioni dell'umore, le alterazioni del vissuto temporale, la cognitività completamente orientata all'utilizzo compulsivo del mezzo, il "feticismo tecnologico", cioè la tendenza a sostituire il mondo reale con un oggetto artificioso con il quale si riesce a costruire un proprio mondo personale e in questo caso virtuale, la deprivazione del sonno, problemi fisici di varia natura. Le forme di dipendenza da internet riguardano anzitutto il sesso virtuale e la pornografia, ma anche le relazioni e i social network, il gioco d'azzardo, shopping e commercio on-line, l'informazione (ricerca ossessiva di informazioni) e il coinvolgimento eccessivo in giochi "virtuali" o "di ruolo".

IL "PIANO PROGRAMMA" DELL'A. C. T.

Si riportano in questa sede le azioni e le misure previste nel Piano Programma dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, approvato con delibera del Consiglio Comunale n. 117/2009

a) Azioni di prevenzione primaria e secondaria rivolte a giovani e giovanissimi

1. Realizzare programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale e/o specifica, attraverso campagne informative.
2. Programmare attività di promozione dell'agio.
3. Attuare programmi di prevenzione in età prescolare e scolare.
4. Sostenere programmi di prevenzione e formazione rivolte agli insegnanti e al personale non docente dell'istituzione scolastica.
5. Attivare programmi di prevenzione rivolta a giovani in contesti ricreazionali, anche attraverso gli operatori di Pubblica Sicurezza.

6. Organizzare corsi di informazione sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rivolti alle Accademie e alle scuole militari, anche attraverso con il personale specializzato delle Forze dell'Ordine.

b) Azioni di prevenzione rivolte alla famiglia

1. Promuovere programmi di informazione e prevenzione rivolti alle famiglie, finalizzati al rafforzamento delle relazioni familiari.
2. Elevare il livello di efficacia ed efficienza dei servizi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali, rivolti ai genitori tossicodipendenti, finalizzati alla tutela dei minori.

c) Azioni di prevenzione delle dipendenze patologiche

1. Proporre dei servizi che siano in grado di affrontare le dipendenze come gioco d'azzardo, shopping compulsivo, dipendenza da internet, da lavoro, sessuale etc.
2. Sostenere programmi di prevenzione dell'uso di sostanze in ambienti sportivi, attraverso campagne informative sulle conseguenze sanitarie e legali sull'uso di sostanze dopanti.

d) Servizi ad alta soglia

1. Elevare il livello di efficacia ed efficienza dei servizi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali, per interventi finalizzati al raggiungimento della condizione drug-free.
2. Realizzare programmi di orientamento, formazione ed inserimento lavorativo rivolti a soggetti in trattamento o che abbiano terminato il percorso, volti a favorire l'inclusione sociale.
3. Realizzare servizi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali per soggetti dipendenti da cocaina e nuove droghe (ecstasy, crack, smart drugs).
4. Proporre servizi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali anche nell'ambito della Doppia Diagnosi, rivolti in particolar modo al target giovanile, per una precoce diagnosi.

e) Servizi a soglia intermedia

1. Promuovere servizi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali, rivolti a soggetti in trattamento metadonico a mantenimento, per motivare al percorso di cura strutturato.

f) Servizi a bassa soglia

1. Potenziare il collegamento tra i servizi a bassa soglia e le strutture pubbliche e del privato sociale legate alla problematica della tossicodipendenza.
2. Rendere i servizi diurni e notturni a bassa soglia anche luoghi di socializzazione e di attività educative e cliniche, per motivare verso percorsi evolutivi drug-free.
3. Ampliare il contatto diretto con l'utenza presente sul territorio, attraverso i centri a bassa soglia e i centri aggregativi, per facilitare l'accesso ai servizi.

g) Interventi rivolti a detenuti tossicodipendenti

1. Favorire, all'interno delle istituzioni carcerarie, lo scambio con i servizi per i tossicodipendenti, volto ad un maggior supporto psico-sociale ai detenuti tossicodipendenti.

h) Networking

1. Ampliare e potenziare la rete territoriale dei servizi, costituita da una rete formale integrata di servizi pubblici e del privato sociale nell'ambito delle dipendenze patologiche.

i) Monitoraggio e valutazione

1. Uniformare il sistema di raccolta dei dati, per meglio comprendere il fenomeno della tossicodipendenza e per una migliore gestione delle risorse umane e strutturali.
2. Creare un sistema di monitoraggio e conoscenza del fenomeno delle tossicodipendenze e sulle "nuove tendenze" mediante la somministrazione di questionari esplorativi.

l) Pubblicizzazione

1. Sviluppare l'attività progettuale dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, utilizzando strumenti standard di comunicazione ma anche mezzi innovativi, soprattutto rivolti agli adolescenti
2. Dare maggior rilevanza e pubblicità alle attività svolte dall'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, sia attraverso il proprio sito web che attraverso quello degli enti eroganti servizi per conto dell'Agenzia.

m) Formazione e supervisione

1. Realizzare programmi di formazione, informazione ed aggiornamento rivolti agli operatori dei servizi e/o delle professioni interessate all'ambito della tossicodipendenza, per favorire lo scambio di buone prassi.
2. Istituire un registro dei supervisori, così da verificare le competenze per l'individuazione del più corretto profilo da impiegare all'interno di ciascun specifico servizio.
3. Supervisione clinica da proporre agli operatori dei servizi, volto allo stimolo della motivazione, prevenire i fenomeni di *burn-out* e per monitorare la qualità delle prestazioni erogate.
4. Aumentare le sinergie tra l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze e le facoltà universitarie, le Scuole di Specializzazione e l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso convenzioni, protocolli d'intesa, pubblicazioni.

n) Azioni di gestione del budget

1. Aumentare la capacità di reperire finanziamenti da Enti Locali, nazionali ed europei.
2. Implementare attività progettuali e/o di servizi attraverso proventi esterni, ovvero sponsorizzazioni ed opere di fund-raising.
3. Incrementare la produttività ed i ricavi della tenuta "Le Selve" di Città della Pieve, del Comune di Roma.

o) Giornata Mondiale di Lotta alla Droga

1. Istituzionalizzare la celebrazione della Giornata Mondiale di Lotta alla Droga alla data del 26 giugno, in cui proporre attività di informazione, prevenzione e stili di vita sani.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 9
ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

Documento di sintesi

**INTERVENTI INNOVATIVI, STIMOLI E BUONE PRASSI NELLA
PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DEI SERVIZI AL
CITTADINO**

SOMMARIO

Premessa.....	3
LE ESPERIENZE PIÙ SIGNIFICATIVE TRATTE DAI PRSM 2008-2010.....	3
LE AZIONI PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E DELLA SALUTE IN TEMA DI BUONE PRASSI TERRITORIALI.....	23

Premessa

In occasione dell'elaborazione del nuovo Piano Regolatore Sociale Cittadino, si ritiene importante fornire relazione del ricco e articolato lavoro confluito nei Piani Sociali Municipali (PSM) 2008-2010, al fine di capitalizzare, quale bagaglio comune, quanto progettato e realizzato nei diversi territori, grazie al lavoro di concertazione e alla fattiva collaborazione tra le realtà istituzionali e non, impegnate a vario titolo nella costruzione dei Piani sociali municipali appena conclusi. Si ritiene, infatti, che la conoscenza delle esperienze innovative e più singolari emerse dai precedenti PSM 2008-2010, nonché delle azioni di sistema realizzate negli ultimi anni dal Dipartimento e dai territori municipali, di seguito riportate, possa favorire il confronto costruttivo, la ricerca di una sempre una maggiore integrazione operativa e la costruzione di buone prassi territoriali.

PROGETTI E SERVIZI MUNICIPALI DI INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO, ACCOMPAGNAMENTO E SOSTEGNO LE ESPERIENZE PIU' SIGNIFICATIVE TRATTE DAI PRSM 2008-2010

“IL VILLAGGIO DEL SOCIALE” – servizio informativo, finalizzato all’orientamento e all’inclusione sociale delle fasce disagiate.

La realizzazione del progetto “Il Villaggio del Sociale”, comprendente la fornitura di automezzi e dell’attrezzatura necessaria per realizzare un mini villaggio del sociale da montare in aree pubbliche, ha implementato e amplificato le competenze informative già in possesso del Municipio, mediante le attività di Segretariato Sociale, sia presso la Sede Centrale municipale che in quella mobile itinerante (camper) e le attività dello Sportello Informativo, sia nella sede fissa del Villaggio del Sociale (Stand) che nella sua postazione itinerante (camper) .

Il suddetto progetto ha svolto un’attività integrativa rispetto al Servizio Sociale e all’Ufficio di Piano del Municipio, sia per l’accoglienza di cittadini residenti nel Municipio che per la connessione con le varie realtà presenti nel territorio, attraverso la realizzazione di una ricerca sociologica sul bisogno, sul disagio e sulle risorse presenti sul territorio del Municipio.

Il suddetto progetto ha previsto, tra le modalità di realizzazione, una ricognizione e analisi quali-quantitativa della domanda/offerta nel territorio municipale e, nell’ottica dell’ottimizzazione di risorse già presenti, un aggiornamento della ricerca realizzata da questo Municipio in convenzione con l’Università La Sapienza.

Gli obiettivi del progetto, riconosciuto per l’eccellenza amministrativa, sono stati i seguenti:

- la realizzazione di uno sportello informativo finalizzato all’orientamento ed all’inclusione delle fasce disagiate, sia fisso che mobile, nel territorio del Municipio;
- la sperimentazione nel “Villaggio del Sociale” delle attività tipiche delle Porte Sociali in coordinamento col Servizio Sociale e il Segretariato Sociale, al fine di implementare e amplificare le competenze informative già in possesso del Municipio;
- l’aggiornamento della ricerca quali/quantitativa sul bisogno, sul disagio e sulle risorse (domanda e offerta) presenti sul territorio municipale;

- la realizzazione, in collaborazione con l'Ufficio di Piano Municipale e con il Servizio Sociale Professionale Integrato di Zona (SSPIZ), di un Osservatorio Permanente Socio-Sanitario del Territorio, con sede nel Servizio Sociale, finalizzato alla concretizzazione di azioni di sistema necessarie per sviluppare il "Sistema Integrato di interventi e Servizi Sociali" sul territorio;
- la realizzazione della Guida ai Servizi Sociali e Sanitari del territorio municipale (sia cartacea che sul sito municipale);
- la realizzazione di una banca dati delle "risorse del territorio" e degli "utenti" che accedono al Villaggio del Sociale;
- l'accompagnamento degli utenti che accedono al Villaggio del Sociale e agli Sportelli di Segretariato Sociale, quale supporto anche al Servizio di Teleassistenza del Municipio, per un impegno di almeno 18 ore settimanali.

L'attività del Segretariato Sociale ha avuto come obiettivi:

- rendere accessibili i Servizi Sociali del Municipio e della città a tutti i cittadini residenti, attraverso un'azione di informazione capillare rivolta a tutte le situazioni socialmente problematiche;
- raccogliere in tempo reale i bisogni sociali emergenti al fine di attivare nuove e più idonee risposte per prevenire il deteriorarsi di situazioni di disagio;
- accogliere ed effettuare un primo colloquio con il cittadino per la decodifica del disagio espresso;
- avviare l'iniziale istruttoria tecnico-amministrativa relativa alla richiesta di erogazione dei servizi municipali da parte del cittadino;
- orientare e inviare in modo programmato, agli assistenti sociali del Servizio Sociale municipale, le persone che necessitavano della presa in carico;
- aggiornare in modo continuo e costante la banca dati delle risorse sociali pubbliche e/o private rivolte ai cittadini del Municipio, anche in collegamento con il Servizio Sociale municipale.

Il Villaggio del Sociale (Stand e camper) è stato collocato per un periodo di tempo concordato, in dieci luoghi diversi del territorio municipale.

Il Camper ha sostato nei pressi del Villaggio nelle ore della mattina, permettendo lo svolgimento delle attività di Segretariato Sociale, mentre nelle ore pomeridiane è stato utilizzato in maniera itinerante per consentire le attività dello Sportello Informativo, mediante l'organizzazione di attività di comunicazione sempre nell'area territoriale assegnata.

Il mezzo mobile, attrezzato anche per il trasporto dei disabili, è stato a disposizione del Segretariato Sociale per svolgere accompagni.

Lo Stand ha svolto le attività specifiche del servizio informativo, finalizzato all'orientamento e all'inclusione sociale delle fasce disagiate.

“LA COMUNITA’ SI PRENDE CURA DEI MINORI” e “LA COMUNITA’ SI PRENDE CURA DEGLI ANZIANI” – interventi di assistenza domiciliare leggera

Il progetto nasce dall'esperienza maturata con la Banca del Tempo. All'Associazione di Volontariato individuata viene riconosciuto e affidato il compito di favorire e creare forti legami e relazioni nel tessuto sociale, incentivando quegli aspetti di solidarietà e scambio propri del lavoro della Banca del Tempo.

Le azioni promosse al riguardo, infatti, si configurano, nello specifico, come attività di volontariato. L'associazione, oltre a creare e aggiornare un albo di volontari disponibili a svolgere assistenza domiciliare leggera non professionale (sostegno scolastico, accompagnamento a scuola o presso associazioni sul territorio etc.), si occupa del coordinamento di queste attività. Gli interventi sono attivati su richiesta e valutazione del Servizio Sociale municipale.

Le segnalazioni si effettuano attraverso una scheda utente, ove si prevedono le attività da svolgere e la quantificazione delle ore settimanali.

Il Servizio si avvale di volontari, selezionati in base alle capacità, alle motivazioni e a eventuali esperienze pregresse, al fine di fornire un aiuto significativo, nella gestione dei tempi quotidiani, a famiglie con scarsa rete di sostegno, spesso monoparentali, che evidenziano serie difficoltà per semplici accompagnamenti a scuola, per il sostegno scolastico, o che necessitano di poter contare sulla presenza di adulti cui poter affidare il proprio figlio per qualche ora nell'arco della giornata.

Il continuo confronto con gli operatori del Servizio Sociale, inoltre, garantisce la costante verifica dell'operato dei volontari, a maggior tutela delle famiglie e degli stessi volontari.

Nel 2008 i minori seguiti in ambito municipale con questo progetto sono stati n. 31 e gli incontri con i familiari, finalizzati a una migliore gestione delle situazioni, n. 112. Sono state svolte circa 900 ore di sostegno scolastico e circa 300 di accompagnamento a scuola o ad attività extrascolastiche. Il personale è composto da una coordinatrice, una psicologa e due operatrici.

Il servizio è rivolto anche alle persone anziane, in considerazione dell'alto numero di richieste di aiuto domiciliare alle quali non è possibile rispondere. Anche in questo caso i volontari, attraverso il coordinamento dell'associazione, sono in grado di rispondere alle esigenze quotidiane di anziani che possono, in questo modo, soddisfare bisogni essenziali quali: la spesa, il disbrigo di pratiche burocratiche, la richiesta di una presenza in casa per alleviare la solitudine, etc. Oltre alle attività già sopra elencate è importante rilevare che, molto spesso, tra anziano e volontario si crea un rapporto significativo che dà un valore aggiunto alla prestazione. Il servizio, pertanto, offre un supporto importante che, anche se non qualificato, è apprezzabile per il suo valore di vigilanza e socializzazione. Nel 2008, pertanto, in ambito municipale, n. 36 anziani sono stati seguiti con questo progetto e sono stati effettuati n. 150 colloqui con i familiari. Sono state svolte, inoltre, n. 750 ore di compagnia/vigilanza e circa 1200 ore tra disbrigo pratiche, spesa, accompagnamento per visite mediche e/o passeggiate.

“CENTRO SERVIZI”

Il progetto mira a favorire il benessere e “la messa in sicurezza” dei cittadini anziani residenti nel Municipio, attraverso l'attivazione di una *assistenza leggera* e lo sviluppo di una “rete sociale” con le risorse istituzionali, formali e informali dell'intero territorio municipale e cittadino.

L'obiettivo è quello di offrire, attraverso una “assistenza leggera”, piccoli interventi cumulabili a più anziani, e/o interventi a termine e/o a chiamata, volti alla ricerca di soluzioni ai piccoli problemi della vita quotidiana. In tal modo s'intende dare risposta ai bisogni “generici” degli anziani (senza dover necessariamente intervenire con l'assistenza domiciliare), snellendo, i tempi di attesa per la fruizione dell'assistenza domiciliare, prioritariamente per le persone anziane fragili, in condizioni di solitudine e/o senza riferimenti parentali.

La gestione dinamica del flusso di entrata /uscita consente di accogliere e assicurare il servizio a un grande numero di utenti, di svolgere un effettivo monitoraggio sulle condizioni e i bisogni degli anziani del Municipio garantendo, però, interventi continuativi e mirati sulle specifiche necessità a quei casi per i quali l'assistenza leggera risulta essere particolarmente utile e di efficace prevenzione. Basti pensare che in due anni, l'utenza raggiunta è stata di circa 900 anziani.

Gli operatori del Centro lavorano in stretto contatto con le assistenti sociali municipali dell'Area Anziani, una delle quali ha anche funzione di responsabile del Centro.

“CENTRO SERVIZI PER L’ORIENTAMENTO E IL BENESSERE DEL CITTADINO ANZIANO”

Il progetto sperimentale del Centro Servizi inizia le sue attività nel maggio del 2004, in attuazione del 1° Piano di Zona Municipale, su affidamento del Municipio a una Cooperativa. Il progetto nasce dalla necessità di individuare un modello innovativo di intervento, capace di far fronte all’aumento e alla diversificazione della domanda sociale, conseguente al progressivo invecchiamento della popolazione.

Il contesto territoriale, infatti presentava nella città di Roma un 19% di popolazione di età superiore ai 65 anni, mentre i grandi anziani (oltre i 75 anni) superavano già il 10% della popolazione complessiva, con un indice di vecchiaia medio di 148,3, ovvero con un 2% dei grandi anziani che superava gli 85 anni d’età. I Servizi allora attivi nell’area anziani: SAISA (assistenza domiciliare), centro Diurno con Unità Alzheimer e Anziani Fragili, Servizio Dimissioni Protette, Centri Anziani e Segretariato Sociale lasciavano emergere alcune criticità, a partire dalle quali si è sviluppata l’azione del Centro Servizi. In particolare:

- la limitatezza delle risorse economiche già non consentiva di soddisfare tutte le richieste di aiuto (generando lunghe liste d’attesa per i servizi tradizionali);
- i sistemi di presa in carico risultavano legati a una logica molto standardizzata sul piano della capacità di rispondere ai bisogni, solitamente acuti, determinando una scarsa possibilità di prevenzione;
- carenti risultavano gli interventi di sostegno e di accoglienza ai bisogni sociali temporanei sia lievi che medio-gravi, da non consentire l’intercettazione della domanda prima dell’insorgere del disagio acuto né orientare il ricorso a interventi importanti come i servizi domiciliari solo dove realmente necessario;
- ai servizi tradizionali accedevano soprattutto casi in qualche modo inseriti in una rete informale efficiente (tale da sapere dove e a chi chiedere aiuto), spesso situazioni di grave esclusione sociale approdavano ai servizi molto tardi;
- la difficoltà a sviluppare un’azione di sistema complessiva sia tra i servizi tradizionali dell’area anziani sia tra questi e i servizi sanitari, generava frammentarietà d’interventi e d’informazione;
- la scarsa integrazione con gli attori pubblici e privati (associazionismo, volontariato) non consentiva di ottimizzare le risorse e sviluppare una maggiore efficacia/efficienza delle risposte possibili.

La finalità del Centro Servizi, dunque, è stata quella di svolgere azioni di sostegno per la generalità della popolazione anziana residente nel Municipio, allo scopo di prevenire e intercettare stati di disagio acuto, soprattutto in quegli anziani che per condizioni sociali, economiche e sanitarie si trovavano particolarmente a rischio di esclusione. Si trattava di azioni integrative e complementari ai servizi tradizionali che, attraverso lo sviluppo di attività dirette, di rete e di ottimizzazione delle risorse pubbliche e private, in grado di differenziare e moltiplicare le possibilità di risposta alla domanda sociale.

Il Centro Servizi, pertanto, si proponeva, quali obiettivi specifici, di:

- intercettare e monitorare la domanda sociale;
- intercettare l’insorgere del bisogno per rispondervi tempestivamente in modo diretto o attraverso l’attivazione di servizi esterni e/o di rete;
- raccordare, promuovere e realizzare azioni di sostegno (assistenza leggera), complementari e integrative agli interventi socio-sanitari tradizionali per gli anziani;
- sviluppare interazioni e processi di comunicazione e collaborazione con il territorio nelle sue diverse articolazioni;

- accogliere e stimolare proposte e iniziative della comunità locale, favorendo l'attivazione di percorsi partecipativi e di solidarietà.

Il focus del progetto era posto, dunque, sul sistema-territorio e sull'attivazione delle sue risorse formali e informali (servizi ASL, risorse pubbliche e private presenti nel territorio municipale e altre a carattere cittadino). Il lavoro di rete ha costituito una delle azioni costanti, basilari, e strategiche del servizio fondato su una continua interrelazione tra le diverse risorse disponibili, al fine di sviluppare sinergie tali da incoraggiare la partecipazione diffusa, favorire l'emersione della domanda e individuare possibili risposte comuni. Questa modalità d'intervento costituiva un modo di pensare il lavoro sociale come parte integrante dell'approccio operativo. Il Centro Servizi, infatti, non veniva concepito quale elemento autosufficiente che concludeva la prestazione ma come parte o nodo di scambi, il cui prodotto, "orientato al cliente" scaturiva da contributi parziali di ciascun altro nodo, compresa l'attivazione e il rafforzamento delle reti sociali: familiari, amicali, di buon vicinato e di volontari con una metodologia del servizio basata sull'attenzione al processo (e non solo al bisogno espresso), sull'attivazione dell'utente e della rete informale non sostitutiva a esso, sulla creatività nell'individuare soluzioni e reti utili consapevoli di essere nodo di una rete e "agente di connessione". Una presa in carico "globale" di aspetti materiali e relazionali, a partire dalla storia personale di ciascuno dei cittadini anziani intercettati, originanti interventi articolati, flessibili e personalizzati in stretto raccordo e integrazione con le risorse territoriali, necessarie a ottimizzare e potenziare i servizi dedicati al target individuato.

E' possibile riassumere le attività del Centro in tre aree d'intervento, tutte strettamente correlate e di reciproco rinforzo, all'interno di un unico processo operativo dinamico e variamente articolato:

1 sportello di front line e porta sociale

Lo sportello di front line, punto di contatto con il territorio e con l'utenza per informazioni, orientamento e consulenza, incontro con la domanda sociale, accoglimento di segnalazioni, proposte e richieste, è uno sportello specializzato in tematiche relative alla terza età, rivolto non solo ai destinatari finali e ai loro familiari ma anche punto di riferimento per tutti i cittadini che intendano segnalare situazioni problematiche di persone anziane;

2 assistenza leggera

Il servizio di assistenza leggera si caratterizza come percorso assistenziale di interventi diretti e di attivazione delle soluzioni/risorse possibili (dell'utente stesso, dei familiari, dei servizi pubblici, del volontariato, ecc.), attraverso la presa in carico, anche temporanea, soprattutto di anziani con particolare fragilità sociale. L'assistenza leggera si compone di attività variamente articolate nel tempo e nell'intensità, attraverso progetti fortemente individualizzati e preventivamente concordati con il Servizio Sociale Municipale, definiti sulla base della complessità/problematività del bisogno, delle specifiche necessità contingenti e dell'unicità e globalità di ciascun utente. L'analisi del bisogno, in relazione alle risorse dell'anziano, determina la maggiore o minore intensità di attivazione del Centro Servizi e la diretta o meno erogazione di prestazioni di base (informazione e orientamento, interventi diretti, sviluppo e cura delle reti di raccordo e integrazione, sostegno alla relazionalità e alla cittadinanza attiva);

3 back office e lavoro di rete

La complessità e l'articolazione delle attività del centro verso gli utenti richiedono un forte impegno di back office sia per attività dirette (tutto ciò che attiene alla presa in carico) sia indirette (lavoro di raccordo e di rete con le risorse territoriali e le reti naturali), nonché tutte le attività di monitoraggio del servizio e di aggiornamento degli strumenti di registrazione e implementazione. Il sistema del Centro Servizi è supportato da una Banca Dati Utenti, realizzata ad hoc, nella quale vengono raccolti i dati anagrafici e socio ambientali dei singoli

utenti in carico ai servizi dell'area anziani municipale. Tali dati sono disponibili on line al Segretariato Sociale e al Servizio Sociale Anziani del Municipio per consentire azioni di monitoraggio e verifica, in tempo reale, degli utenti in carico, delle loro caratteristiche e del flusso di utenza tra i servizi, con il vantaggio di conoscere in maniera tempestiva l'utenza ed evitare sovrapposizioni d'interventi.

L'azione strategica del Centro Servizi in questi anni ha sviluppato un forte collegamento con tutto il contesto locale, accreditandosi come punto di riferimento per tutte le problematiche legate alla terza età e come servizio dalle tempestive capacità d'intervento, non solo nei confronti degli utenti diretti e dei loro familiari ma anche per le segnalazioni e gli invii da parte di altri servizi pubblici. Ciò ha permesso una reale attività di prevenzione e una grande capacità di intercettazione delle situazioni più a rischio. Uno degli obiettivi più significativi raggiunti, infine, ha riguardato la costruzione di un sistema che permette l'intercettazione dell'utente a rischio e il suo inserimento in un circuito di sicurezza all'interno del quale l'anziano viene seguito e inviato ai servizi via via più idonei per lo specifico stato di bisogno. Con la nascita del Centro Servizi il numero degli anziani inseriti nei Servizi sociali del Municipio è quintuplicato in soli tre anni. Nonostante le ancora lunghe liste di attesa per il servizio di assistenza domiciliare, le cui risorse economiche disponibili continuano ad essere piuttosto scarse, la tipologia degli anziani che ne fa richiesta è qualitativamente diversa. Attraverso l'azione di supporto alle situazioni più a rischio, infatti, e la possibilità di verificare coloro che hanno effettivamente bisogno di un intervento domiciliare calendarizzato e continuativo, le liste d'attesa sono state alleggerite da tutte quelle richieste più generiche per le quali è intervenuto il centro Servizi, fermo restando la possibilità, per qualunque cittadino, di poter richiedere autonomamente il SAISA.

“SPORTELLLO UNICO SOCIO-SANITARIO”- Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari

Primo tentativo di costruzione del PUA¹, questo progetto nasce con l'intento di rispondere in maniera unitaria alle necessità sociali e sanitarie dei cittadini, attraverso un unico punto di accoglienza, orientamento e invio ai Servizi. La sua costruzione, attraversa un percorso suddiviso in due fasi:

I fase:

- costituzione di una Banca Dati
- redazione modulistica unica
- formazione del personale
- pubblicizzazione delle attività
- informazione, orientamento, filtro e invio al II livello, per la “presa in carico socio-sanitaria”

II fase

- individuazione delle procedure semplificate di accesso ai Servizi Sociosanitari
- formazione del personale
- accettazione diretta della richiesta di prestazioni integrate
- trasmissione della domanda ai servizi competenti, per la “presa in carico socio-sanitaria”.

¹ Attualmente il PUA è presente in diversi Municipi e distretti ASL.

“SOLLIEVO LISTE DI ATTESA SAISA E SAISH”

Il progetto nasce su constatazione delle lunghissime liste di attesa per il servizio di assistenza domiciliare anziani e per il servizio di assistenza domiciliare alle persone con disabilità, con richieste ormai vecchie di anni.

Ai tavoli del primo Piano Regolatore Sociale ci si era interrogati su come far fronte a tale esigenza per far sì che il cittadino percepisse ancora la presenza dei Servizi, non più in condizione di poter valutare il bisogno per dare una priorità di risposta, considerati i troppi anni trascorsi dalla richiesta del cittadino.

Nonostante il Municipio avesse già attivato un progetto di “Assistenza Leggera”, fornita da volontari agli anziani in lista d’attesa, si sentiva la necessità di un servizio più strutturato.

Si è pensato quindi a un progetto, da affidare a un Organismo accreditato, per offrire un intervento di 4 ore mensili (quasi niente rispetto ai pacchetti previsti dalla deliberazione n. 479 o ancora rispetto a pacchetti di “storici” utenti del Saish, ma indispensabili per fare un bagno assistito a settimana, la spesa settimanale o un pomeriggio di sollievo nei confronti del care-giver).

Mediante lettera ai cittadini in lista d’attesa, è stato comunicato l’avvio del Servizio, invitando l’utenza a contattare direttamente gli uffici municipali.

Tale Servizio, oltre a registrare positivi giudizi da parte dell’utenza, ha permesso di:

- aggiornare le liste di attesa;
- definire il numero delle persone assolutamente non autosufficienti e/o non autonome sia nella lista SAISH che nella lista SAISA;
- individuare le persone alle quali poter attivare una forma di sostegno in gruppi;
- agli uffici, di dare una qualche forma di risposta, seppur minima, alle necessità dei cittadini in lista d’attesa.

Le autonomie di ogni utente sono state valutate in base a una scheda elaborata, con l’Organismo, per rilevare due diversi livelli:

- Livello di autosufficienza: deambulazione, nutrizione e cura dell’ambiente.

- Livello di autonomia: orientamento spazio-temporale, processi cognitivi e relazioni sociali.

Dati del Municipio**LISTA D’ATTESA SAISA:**

ANZIANI CONTATTATI COMPLESSIVAMENTE	194 utenti
ANZIANI PRESI IN CARICO	102
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI TRA I PRESI IN CARICO	15
ANZIANI NON AUTONOMI TRA QUELLI PRESI IN CARICO	17
CASI CHE PRESENTANO PARTICOLARE CRITICITA’ PER MANCANZA DI UNA RETE FAMILIARE O AMICALE	10

LISTA D’ATTESA SAISH:

DISABILI CONTATTATI COMPLESSIVAMENTE	139 utenti
DISABILI PRESI IN CARICO	77
DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI TRA I PRESI IN CARICO	24
DISABILI NON AUTONOMI TRA I PRESI IN CARICO	18
CASI CHE PRESENTANO PARTICOLARE CRITICITA’ PER MANCANZA DI UNA RETE FAMILIARE O AMICALE IN GRADO DI DARE UN VALIDO SOSTEGNO	11

La differenza tra il numero dei contattati e quelli per cui si è attivata l’assistenza è data dal fatto che alcune persone hanno rifiutato un intervento così limitato come impegno orario, oppure sono intervenuti decessi o inserimenti in strutture residenziali.

Anche il numero delle persone prese in carico è da intendersi variabile poiché, nel frattempo, alcuni utenti possono passare al SAISA o essere temporaneamente ricoverati.

Nel caso dei disabili la lista di attesa è stata scorsa per intero.

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare, le richieste sono varie e specifiche: aiuto per l'igiene personale; aiuto per la cura della casa, accompagnamenti, contrasto alla solitudine, spesa alimentare, aiuto nella conservazione dei cibi, preparazione dei pasti, ore di sollievo per il care giver.

L'intervento di 4 ore mensili di assistenza domiciliare, certamente non riesce a soddisfare i bisogni dell'utenza che richiede più ore di assistenza. Tuttavia, il semplice fatto di avere una figura di riferimento, sembra conferire alle persone in lista d'attesa una maggiore serenità e una maggiore fiducia nei Servizi.

Questo lavoro, oggi, permette al Municipio di programmare in maniera più precisa l'organizzazione di entrambi i servizi di assistenza domiciliare.

“ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI”

Il Servizio, che coinvolge ASL, Municipio e Organismi accreditati offre presso il domicilio dell'anziano:

- assistenza domiciliare sociosanitaria
- attività di mobilitazione all'interno ed eventualmente all'esterno del domicilio
- cura della persona e dell'ambiente domestico
- disbrigo pratiche
- spesa
- socializzazione

Il Servizio non prevede lista d'attesa ma è rivolto a un numero di utenti determinato dai fondi disponibili e impiega:

- per la Cooperativa, n.3 assistenti di base, n.3 operatori domiciliari e n.1 assistente sociale con funzioni di coordinamento
- per la ASL CAD, n. 1 assistente sociale, infermieri, fisioterapisti
- per il Municipio, n.1 assistente sociale e n.1 istruttore amministrativo.

“NON PIU' SOLI” –sollievo alle famiglie per malati di Alzheimer e/o demenze correlate

Il Servizio si rivolge a persone anziane parzialmente autosufficienti e/o con problematiche di demenza medio– grave e si propone di:

- offrire momenti di sollievo ai familiari;
- contenere il decadimento psico - fisico della persona anziana;
- stimolare l'anziano a recuperare una dimensione sociale ed eventuali capacità residue;
- evitare istituzionalizzazioni improprie.

Organizzato attraverso la costituzione di piccoli gruppi di anziani (max. 6) con problematiche di Alzheimer e/o demenze correlate, offre loro la possibilità di incontrarsi il sabato e/o la domenica in situazioni di semi residenzialità. In tali contesti si svolgono attività di accoglienza e di stimolo delle capacità cognitive e relazionali residue. Gli ospiti sono coinvolti in attività di terapia occupazionale. Vengono realizzati laboratori specifici: decoupage, pittura, lavoro a maglia per stimolare la manualità residua, lettura individuale e di gruppo per stimolare le capacità attentive e mnemoniche, ginnastica dolce per stimolare la psicomotricità. E' prevista la somministrazione dei pasti.

La metodologia utilizzata è improntata al lavoro di rete e al potenziamento dell'empowerment individuale, di gruppo e di comunità.

Viene anche attivato un raccordo con la rete familiare, sociale e sanitaria che ruota intorno alla persona anziana.

Per la realizzazione del servizio sono stati impiegati operatori con specifica preparazione professionale, con esperienze formative e lavorative nel campo dell'Alzheimer.

Al fine di un'ottimizzazione dei costi, in relazione alle riflessioni emerse nei tavoli di co-progettazione, si è ritenuto opportuno utilizzare la sede di un Centro Diurno per anziani fragili, già attivo nel territorio del Municipio, nei giorni di chiusura (sabato e domenica).

Ciò ha consentito l'abbattimento dei costi relativi alle spese di affitto, condominio, utenze varie e attrezzature.

“CENTRO DIURNO ATTIVAMENTE” – UNITÀ FUNZIONALE PER MALATI DI ALZHEIMER

Il progetto è nato con l'obiettivo di realizzare un centro diurno per “anziani fragili”.

Nel tempo, il centro ha fornito assistenza anche ad alcuni anziani affetti da Alzheimer di grado lieve e questo ha portato a progettare, presso il Centro, un'unità funzionale specifica per l'Alzheimer, procedendo a una ristrutturazione degli ampi locali di cui disponeva il Centro stesso. Pertanto, attualmente il centro è formato da due Unità Funzionali: Unità funzionale per anziani fragili e Unità funzionale per malati di Alzheimer.

L'obiettivo dell'Unità funzionale per anziani fragili è favorire il recupero e il mantenimento delle capacità psico-fisiche dell'utente, evitando un ulteriore decadimento e prevenendo le conseguenze di un prolungato isolamento per coloro che non hanno né la motivazione né la capacità motorie per frequentare autonomamente i centri anziani o altri contesti di aggregazione socializzante. Obiettivo dell'Unità funzionale per malati di Alzheimer è, invece, offrire un aiuto concreto socio-sanitario agli anziani in difficoltà, ritardando così il loro inserimento in strutture assistenziali maggiormente protette (R.S.A., Case di Cura, Case di Riposo). Nei confronti delle famiglie, l'obiettivo è quello di garantire uno spazio di confronto, sostegno e reciproco aiuto per la gestione dei processi legati alla malattia.

Le attività del Centro riguardano sia l'assistenza alla persona che le attività motorie di gruppo, terapia di orientamento, realizzazione di lavori manuali, disegno, pittura, canto, etc. Si organizzano, inoltre, interventi di animazione sociale e si promuovono attività ricreativo-culturali.

Gli interventi indiretti rivolti ai familiari, al fine di sensibilizzarli e sostenerli, vengono realizzati attraverso corsi di formazione e informazione sul trattamento dell'anziano fragile, servizio di segretariato sociale, consulenza e orientamento per la fruizione dei servizi sociali e sanitari.

Gli interventi di natura sanitaria sono svolti dalle figure sanitarie, fornite dal rispettivo Distretto ASL, ed esplicano attività infermieristica, fisioterapia e medica.

La capienza giornaliera al Centro è di 25 utenti ma i frequentanti sono in tutto 60.

Attualmente il Centro rappresenta una realtà consolidata del territorio e alto è il gradimento degli utenti e delle loro famiglie, per le quali l'inserimento al Centro costituisce, spesso, l'unico sostegno nella gestione dei propri cari.

“ASSISTENZA SOCIALE DOMICILIARE PER I MALATI ONCOLOGICI E LE LORO FAMIGLIE”

A partire da luglio 2006 un Municipio, in collaborazione con un'Associazione Onlus, ha attivato il progetto Nausicaa; un progetto sperimentale finalizzato a sostenere, presso il proprio domicilio, il malato oncologico e la sua famiglia.

Il progetto si propone di sostenere il malato oncologico e il proprio nucleo familiare con interventi di assistenza domiciliare che prevedono: igiene e cura del malato, interventi di segretariato sociale, sostegno psicologico, la presenza di educatori professionali -ove richiesta- per sostenere e aiutare eventuali minori, e accompagnamento per le chemio e radioterapie.

L'équipe di lavoro dell'Associazione è formata da professionisti con esperienza e formazione specifiche in ambito oncologico ed è costituita da n.1 assistente sociale, n.1 psicologa, educatori professionali e assistenti domiciliari.

La peculiarità di questo progetto è insita in diversi fattori.

Il primo importante elemento di innovatività è relativo alla tipologia degli utenti ai quali è rivolto il servizio: adulti malati oncologici di età compresa tra i 18 e i 60 anni e le loro famiglie.

Con questo progetto il Servizio Sociale ha voluto offrire un sostegno non solo all'utente che vive direttamente la condizione di malattia, ma anche a tutti i membri della sua famiglia che ne condividono il disagio e la sofferenza.

Vi è poi un secondo elemento che dà un carattere innovativo e sperimentale a questo progetto, che attiene alla tipologia dei servizi offerti, di natura sociale, psicologica ed educativa.

Poiché ogni soggetto interessato presenta bisogni specifici, si è evidenziata la necessità di realizzare un intervento che fosse al tempo stesso diversificato come modalità e integrato quanto alla finalità generale.

Altro importante aspetto innovativo del progetto riguarda la possibilità, per il malato oncologico e per i suoi familiari, di attivare il servizio sin dal momento in cui avviene la diagnosi del tumore.

Un altro fra gli elementi che hanno conferito carattere sperimentale a questo progetto consiste nella condivisione, con gli utenti, di un piano d'intervento familiare che prevede interventi di sostegno anche a "breve termine" per cui, una volta raggiunto l'obiettivo assistenziale concordato con l'utente e la famiglia, l'intervento si considera concluso.

Questo progetto rappresenta per i Municipi una prima esperienza nel campo dell'oncologia, volendo rispondere a una domanda che, nel tempo, si è fatta sempre più pressante.

Il progetto Nausicaa è terminato nel febbraio del 2008. Nel mese di ottobre 2008 è stato rimesso a bando dal Municipio con il titolo "NOI CON VOI" ed è stato portato avanti da un'altra Cooperativa che lo prosegue con le stesse modalità del progetto iniziale, continuando a fornire, quindi, un servizio di assistenza domiciliare ai malati oncologici e alle loro famiglie. Il servizio è completamente gratuito per l'utenza ed è mirato a comprendere, previa attenta analisi, i bisogni del nucleo familiare di appartenenza, attivando, in seguito a tale valutazione, interventi di:

- accompagnamento alle terapie;
- intrattenimento di eventuali figli minori, al fine di alleviare loro le sofferenze spesso collegate allo stato di criticità del genitore affetto dalla patologia oncologica;
- aiuto domestico;
- aiuto per il disbrigo delle relative pratiche burocratiche.

L'obiettivo del progetto rimane quello di migliorare la qualità della vita del malato oncologico e diminuirne il disagio psicosociale per sé e per i suoi familiari.

"E RI@NDIAMO!" - EDUCATORI DI STRADA PER ADOLESCENTI CON DISAGIO PSICOSOCIALE

Il progetto trova il suo riferimento teorico nel lavoro dell'Osservatorio Romano "Mediazione Interistituzionale" nel quale si auspicava la costituzione di un "Gruppo Adolescenza Interistituzionale" indicando come priorità la capacità del gruppo multidisciplinare di "trovare il proprio principio fondante nella razionalità lucida ma anche nell'affettività equilibrata" al fine di accompagnare l'adolescente nel difficile compito di integrare le varie componenti del funzionamento mentale (la funzione del pensiero e dell'esame di realtà, la funzione di controllo dei bisogni affettivi, le competenze, la comunicazione interpersonale).

La metodologia adottata dal gruppo è orientata a un lavoro indiretto, che sta a monte dell'incontro con l'adolescente, e che si realizza attraverso: riunioni di coordinamento tra i coordinatori degli enti gestori e i servizi socio-sanitari al fine di definire l'intervento più adatto: "compagno adulto" (educatore) "compagno adulto specializzato" (psicologo) e/o di "gruppo" attraverso Centri di

Aggregazione Giovanile (C.A.G.). Il lavoro è accompagnato e sostenuto con riunioni mensili di supervisione al progetto, condotte da un supervisore esterno alle istituzioni coinvolte.

Il lavoro diretto avviene attraverso riunioni di rete con gli inviati, per la verifica periodica sulla conduzione dei casi, sintesi mensile scritta dall'operatore, riunioni di supervisione interna agli enti gestori sulla conduzione individuale dei casi e sull'andamento delle attività gruppali nei C.A.G.

La complessità del lavoro con gli adolescenti e l'esperienza di questi anni (il progetto nasce nel 2003) ha dimostrato che è necessario proteggere la relazione operatore/adolescente soprattutto in quelle situazioni di famiglie multiproblematiche che agiscono in modo patologico e che necessitano di risposte a più livelli (individuale, familiare, sociale e sanitario, interistituzionale).

Il servizio prevede, seguendo la metodologia citata, un accompagnamento individuale dell'adolescente con disagio psicosociale nel suo percorso di crescita.

Le attività previste vengono svolte presso l'abitazione del minore, il suo contesto di crescita, i Centri di Aggregazione Giovanile e riguardano: il sostegno didattico, l'inserimento scolastico o professionale, l'inserimento nei centri di aggregazione giovanile del territorio, la mediazione tra il minore, la sua famiglia e le istituzioni e la mediazione sociale e culturale per gli adolescenti stranieri. E' prevista un'attività di rete con altre risorse del territorio e la possibilità di usufruire di uno spazio protetto per il sostegno psicologico.

Gli operatori impiegati nel progetto sono: n.1 psicologa-psicoterapeuta, n.1 assistente sociale, n.11 "compagni adulti" (di cui n. 4 educatori professionali, n. 5 psicologi e n. 2 operatori di base).

Si è osservato che i minori, seguiti con la mediazione e l'affiancamento di un "compagno adulto", riescono a inserirsi più facilmente in contesti formativi idonei, evitando la dispersione scolastica e l'acuirsi di atteggiamenti depressivi o aggressivi.

"GRUPPO DI LAVORO HANDICAP DISTRETTUALE"

L'integrazione scolastica di alunni che presentano abilità diverse è un processo *"community based"* che avviene, cioè, solamente se tutte le forze in campo lo desiderano e lo perseguono. "Integrare" non è infatti "assimilare", perché in tal caso una componente perderebbe la sua identità per trasformarsi in una delle altre.

"Integrare" non è nemmeno "attendere passivamente che qualcuno diverso da noi (Scuola/Servizi Sociali/Servizi Sanitari) abiliti o riabiliti chi è *diverso*, accogliendolo solo dopo che è diventato *uguale*.

L'integrazione è possibile solamente se tutti concorrono a *"riabilitare l'altro"* restituendo stima e dignità a chi (per i motivi più diversi tra loro) l'abbia perduta.

In quest'ottica è necessario creare una rete, nelle diverse realtà territoriali, che abbia nelle Famiglie, nella Scuola, nei Servizi Sociali e nella Sanità i suoi nodi principali.

Antefatto storico

Nel maggio del 1992, in occasione di un Convegno su "Luci ed ombre dell'integrazione scolastica nel territorio dei Comuni di Ciampino e Marino", nasceva un gruppo di lavoro spontaneo formato da operatori sanitari, della Scuola e dei Comuni. Il gruppo continuò a frequentarsi con cadenza mensile e realizzando, negli anni seguenti:

- A. *un database degli alunni certificati per il sostegno*: la conoscenza soprattutto del tipo di disabilità e la classe frequentata permettevano di prevedere, per tempo, i flussi di utenza e quindi di programmare in anticipo le risorse necessarie;
- B. *una mostra, a fine anno scolastico, delle attività di integrazione di tutte le scuole del territorio*, che consentiva di conoscersi meglio, di conoscere e farsi conoscere attraverso la condivisione delle buone prassi;
- C. *una modulistica unificata*, che rendeva più snella la comunicazione tra i diversi nodi della rete.

Purtroppo quel gruppo di lavoro, nato in modo estemporaneo, non venne mai ratificato ufficialmente dalle istituzioni che, tramite i propri operatori, erano in campo. In breve cominciò a “perdere pezzi” (pensionamenti, trasferimenti in altra sede, difficoltà nel continuare a lavorare insieme in orari non programmati e strutturati) e, nel giro di tre/quattro anni, smise di operare attivamente.

Nonostante la sua vita relativamente breve, quel gruppo di lavoro gettò di sicuro il seme in quel territorio, per un diverso approccio culturale al tema dell'*integrazione*.

Nel 2007, un Dirigente Medico con esperienza quanto ad Accordi di Programma per l'Integrazione Scolastica, che aveva vissuto in prima persona quell'esperienza, convinto dell'innovatività di tali azioni, trasferito in altra ASL, propone la nascita (a livello distrettuale) di un Gruppo di Lavoro sull'Handicap (GLH) che, questa volta, viene subito ufficializzato, diventando parte dell'Accordo di Programma per l'Integrazione Scolastica di quel territorio.

Il Gruppo di Lavoro Handicap, ufficializzato con Accordo di Programma sottoscritto dal Municipio, dalla ASL di riferimento e dal rispettivo Distretto scolastico e approvato con DCM, pertanto, viene così costituito:

- per le famiglie, dal Presidente della Consulta Municipale per l'Handicap
- per ogni scuola del Distretto, dal Dirigente e dalla Funzione Strumentale
- per il Municipio, dal Dirigente Servizi Sociali e da un Tecnico delegato
- per l'ASL, dal Direttore del Distretto o Dirigente Medico da lui nominato, referente per le scuole.

Il Gruppo è coordinato da un team composto da:

- Presidente della consulta Handicap
- n.1 delegato distrettuale per la Rete Interscolastica (dirigente Scolastica)
- n.1 Assistente Sociale Responsabile dell'Area della disabilità e del Servizio di Assistenza all'Integrazione Scolastica.
- n.1 Neuropsichiatra del rispettivo Distretto ASL, U.O. TSMREE.

Il progetto del GLHD scaturisce dall'esigenza, evidenziatasi nel corso dei diversi GLHI, di uniformare le modalità operative per gli Istituti Scolastici del Municipio.

Il Municipio, infatti, per la vastità del territorio, include un'eterogeneità di situazioni socio-ambientali e soprattutto una pluralità di realtà “minoritarie” e di “diversità” (nomadi, senza fissa dimora, occupanti abusivi di alloggi e locali di ERP, nuovi cittadini della comunità europea, ecc.).

Le nuove disposizioni e normative per l'integrazione scolastica (assegnazione delle risorse di sostegno legate al riconoscimento dell' handicap ai sensi della L. 104, ridefinizione del profilo e delle mansioni del personale AEC come anche delle mansioni attribuite al personale ATA, ecc.) hanno creato, nella loro transitorietà, disomogeneità e confusione nella programmazione individualizzata e nell'utilizzo delle risorse di sostegno.

Gli Istituti scolastici, a seguito dei “tagli” effettuati sul personale docente, (curricolare e di sostegno), sui collaboratori scolastici e sul Servizio Municipale di AEC, hanno iniziato a mettere in atto una serie di strategie innovative per l'integrazione scolastica, in linea con le nuove disposizioni, ottimizzando le risorse umane e strumentali a disposizione.

In questo senso, tenuto conto delle specificità dei vari Istituti Scolastici, è emersa la necessità di condividere, mettere in rete e, quindi, rendere omogenee le modalità operative per l'integrazione scolastica.

Il Gruppo di lavoro distrettuale sull'handicap è un gruppo di lavoro tecnico con funzione consultiva e propositiva.

Il GLHD pertanto ha il compito di:

1) Creare un DATABASE di:

- alunni con disabilità: al fine di conoscere la prevalenza delle diverse patologie, la loro modificazione nelle differenti sottofasce d'età, la loro distribuzione territoriale, permettendo di formulare previsioni circa i flussi nei diversi ordini e gradi, a garanzia dell'orientamento e della continuità del progetto di vita (rendendo altresì necessario pensare a un aggancio anche con realtà semiresidenziali per i più gravi, oltre che col mondo del lavoro);
- risorse umane, strutturali (al fine di facilitare l'inclusione), risorse complementari (ad esempio ludoteca e assistenza domiciliare) e supplementari (ad esempio mondo del lavoro protetto e non, centri semiresidenziali)

2) Creare una MODULISTICA e PROCEDURE OPERATIVE comuni a tutto il territorio per snellire e rendere più efficace il lavoro di rete;

3) RACCOLTA BUONE PRASSI

che adeguatamente valutate e selezionate, secondo criteri oggettivi, divengano materiale di formazione permanente, congiunta e condivisa sul campo, tanto all'interno del territorio (mediante corsi, rete informatica, rivista annuale) quanto al suo esterno (ad esempio attraverso la presentazione di una o più esperienze a convegni nazionali e internazionali) per diffondere ed estendere l'esperienza in altre realtà territoriali.

Operatività:

Il GLHD si è costituito in un incontro nell'aula Consiliare del Municipio, alla presenza di:

- 20 Dirigenti Scolastici del Municipio
- Servizio Sociale municipale - Area della Disabilità,
- Servizio TSMREE distrettuale della ASL,
- rappresentanti del Terzo Settore, ovvero i Responsabili delle Cooperative Sociali accreditate che gestiscono il Servizio AEC
- Responsabili delle Associazioni che operano in rete con i Servizi territoriali a favore della Disabilità.
- Dirigenti, Assessori e Consiglieri del Municipio.

In quell'ambito si sono formati i tre gruppi "integrati" di lavoro (DATA BASE, MODULISTICA, RACCOLTA BUONE PRASSI).

Ciascuno dei tre gruppi è costituito dai vari attori del processo di Integrazione Scolastica:

- Referenti della Scuola (Funzione Strumentale, Dirigenza Scolastica)
- Referenti del Terzo Settore
- Team di Coordinamento del GLHD (Rete Interscolastica, ASL, Municipio, Consulta Handicap)
- Privato Sociale.

Ogni gruppo ha lavorato attraverso incontri periodici e per via telematica, documentando in forma cartacea e informatica al fine di avviare il processo di trasferibilità ad altre realtà territoriali, presentando i risultati e gli obiettivi raggiunti dal GLHD attraverso convegni, seminari, pubblicazioni e rete informatica.

“IN MARE VENGOANCHIO”

Il progetto nasce con l'intento ambizioso di accostare alla pratica subacquea giovani con disabilità, fino all'esperienza del “Battesimo nel Grande Blu”, promuovendo la differenziazione dell'offerta dei servizi, in particolare per la fascia giovanile, tenendo comunque conto delle diverse disabilità.

Il progetto, della durata di 7 mesi (da dicembre a giugno) è rivolto a 11 ragazzi con disabilità, già inseriti in un Centro Diurno. Attraverso un graduale lavoro psico-fisico di formazione dei giovani coinvolti, il progetto si propone di:

- sviluppare la fiducia in se stessi e nelle proprie capacità;
- favorire il superamento dei “limiti personali”;
- rafforzare il livello di autonomia e di crescita nei ragazzi con disabilità;
- rafforzare la percezione di “normalità” nelle famiglie dei ragazzi con disabilità;
- sostenere i processi di “appropriazione dei luoghi per tutti” da parte dei ragazzi con disabilità.

Il progetto prevede:

- 4 appuntamenti mensili in piscina – il sabato dalle 8.00 alle 10.00- con esercizi di base (dalla respirazione alla pinneggiata all’uso delle attrezzature occorrenti per l’immersione);
- una giornata conclusiva, a fine corso, con immersione in mare.

Il Municipio ha deciso di affidare la realizzazione del progetto, mediante affidamento diretto, all’Associazione che in passato aveva già realizzato tale progetto per due annualità, a totale carico dell’utenza, ottenendo risultati molto positivi.

Come risorse umane, il progetto coinvolge n.1 Assistente Sociale municipale e n.1 Assistente Sociale ASL (ambidue referenti del Centro Diurno), oltre a n. 6 Istruttori sub.

Le attrezzature occorrenti, invece, sono fornite dall’Associazione.

COMUNITA’ ALLOGGIO “CASA NOSTRA” - CENTRO PER LA PREPARAZIONE AL “DOPO DI NOI”

La comunità Alloggio “Casa Nostra”, così denominata dagli stessi ospiti, regolarmente accreditata come struttura residenziale per adulti con disabilità, funziona come centro per la preparazione al “dopo di noi”.

Il progetto, rivolto principalmente alla preparazione di una vita comunitaria, ha coinvolto inizialmente 36 adulti con disabilità, dai 18 ai 55 anni, residenti nel territorio del Municipio. Nel corso dell’esperienza hanno aderito stabilmente 32 persone già inserite in un progetto socio-riabilitativo, elaborato dai servizi sociali e sanitari e condiviso con gli stessi utenti e le loro famiglie.

Gli utenti, suddivisi in otto gruppi misti (composti da quattro utenti per ogni gruppo), partecipano al progetto per sei settimane l’anno.

I gruppi si caratterizzano come “misti” per il tipo di disabilità. Ogni gruppo, infatti, è formato da tre persone con ritardo intellettivo medio-lieve e da una con disabilità mentale e/o fisica grave. Delle 32 persone con disabilità coinvolte nel progetto, 17 frequentano i centri diurni accreditati, 6 svolgono attività lavorativa, 5 sono iscritte a istituti o corsi di formazione e 4 sono inserite in attività strutturate.

La comunità alloggio si presenta come una piccola residenza di tipo familiare che, per la tipologia della struttura, può ospitare solo quattro persone ma che è in grado di rispondere alla globalità dei bisogni della persona con disabilità.

Proprio in relazione alle notevoli aspettative da parte di tutti i soggetti interessati (orientati a una progettualità innovativa e attratti dalla possibilità concreta di utilizzare una residenza di tipo familiare 24 ore su 24), gli operatori responsabili del progetto hanno sentito immediatamente l’esigenza di definire con chiarezza gli obiettivi generali e operativi del progetto.

A) GLI OBIETTIVI

- **Preparazione al dopo di noi**

Comprendere, all'interno di un percorso individuale e di gruppo, le possibili scelte per il futuro, sperimentando una vita in comune con altre persone con disabilità avviando, così, un graduale distacco dal proprio nucleo familiare mediante la guida e il sostegno degli operatori.

- **Potenziamento dell'autonomia personale**

All'interno della comunità, la persona con disabilità partecipa attivamente a un programma di sviluppo e potenziamento delle autonomie rispetto alla cura personale, dei propri spazi e dell'ambiente domestico e sperimenta un nuovo modello di vita, attraverso l'assunzione di responsabilità definite dal contesto comunitario.

- **Mantenimento delle attività individuali strutturate**

Lavoro, centro diurno, formazione.

- **Sollievo e sostegno alla famiglia**

Con lo stesso progetto si offre alla famiglia la possibilità di avere spazi propri, sia come coppia sia come famiglia più allargata (rapporto con altri figli e parenti), oltre al sollievo dall'impegno costante e continuo di cura e attenzione nei confronti del proprio figlio con disabilità. Al contempo, si offre l'opportunità di partecipare ai gruppi di sostegno psicologico, per favorire una fattiva collaborazione da parte della famiglia stessa.

B) LE AZIONI PROGETTUALI

1°) azione "Integrazione socio-sanitaria"

Per la realizzazione del progetto (e come previsto nel progetto stesso e nell'Accordo di Programma) è stato costituito **un gruppo di lavoro integrato**, formato da operatori del Municipio (un assistente sociale e un amministrativo) e del Servizio Riabilitazione Adulti con Disabilità del rispettivo Distretto ASL (un Neurologo, uno Psicologo e un Assistente Sociale). E' stato il primo atto formale con il quale si è riconosciuta agli operatori la possibilità di integrare le proprie competenze e di definirsi come équipe multidisciplinare.

In questa prima fase, il gruppo integrato ha lavorato per definire le competenze specifiche degli operatori, le fasi operative del progetto e gli strumenti necessari per avviare, valutare e verificare il progetto stesso. Sono state predisposte, infatti, le schede per la preparazione degli utenti, le schede per la valutazione del grado di autonomia e autosufficienza degli utenti e le schede individuali per l'adesione al progetto e per la formazione dei gruppi.

2°) azione "Informazione"

Il progetto è stato presentato a n. 78 utenti (e relative famiglie), inseriti nei progetti individuali e/o di gruppo del Servizio SAISH.

L'informazione è avvenuta mediante colloqui individuali, mirati a far conoscere gli obiettivi del progetto, condividere le preoccupazioni per il futuro e il "Dopo di Noi" e delineare un possibile percorso individuale all'interno di questo progetto.

L'adesione è stata formalizzata con la sottoscrizione di una scheda individuale, nella quale sono state riportate anche tutte le notizie utili sulla situazione personale e sociale. Le schede sono state utilizzate dalle assistenti sociali per la formazione dei gruppi.

3°) azione "Formazione dei gruppi"

Sulla base delle adesioni ricevute, le Assistenti Sociali hanno formulato un elenco nominativo e formato i gruppi tenendo conto di determinati fattori quali l'età, la patologia, le attività strutturate, le attività socio-ricreative, nonché gli interessi personali e le precedenti esperienze.

Le esperienze di gruppo precedentemente realizzate nel territorio da Associazioni o Cooperative sociali, inoltre, hanno favorito l'adesione al progetto da parte dei giovani con disabilità, i quali avevano già sperimentato, in contesti ben organizzati, momenti significativi di vita comune. Tutto ciò ha contribuito a orientare gli operatori verso una scelta qualitativa degli appartenenti a uno stesso gruppo, al fine di consolidare le relazioni già esistenti e permettere una continuità dei percorsi già avviati, in altre occasioni socializzanti.

Per la definizione dei gruppi è stato utile anche l'apporto della Psicologa e della Neurologa della ASL per gli approfondimenti sulle patologie e sui profili psicologici dei soggetti con disabilità.

4°) azione "Affidamento all'Ente gestore"

In questa fase si è inserita, nel gruppo di lavoro integrato, l'Assistente Sociale della Cooperativa alla quale il Municipio ha affidato il progetto.

Da questo momento l'Organismo gestore ha partecipato attivamente a tutte le azioni progettuali, preliminari all'apertura della comunità alloggio e propedeutiche al coinvolgimento degli utenti e delle famiglie. Si sono definiti ulteriori strumenti di lavoro, quali il progetto individuale, il calendario settimanale di frequenza per ogni gruppo e il regolamento interno.

5°) azione "Coinvolgimento degli utenti"

Il gruppo di lavoro ha ritenuto indispensabile che gli utenti fossero coinvolti nella realizzazione del progetto, a vari livelli di partecipazione:

- firma del progetto individuale da parte dell'utente e/o dei familiari. Sottoscrizione dell'impegno a partecipare alle attività della comunità, rispettando il calendario delle settimane indicate dai servizi.
- visita neurologica presso il Servizio Riabilitazione Adulti con disabilità. La Neurologa del Servizio compila una scheda individuale (Scheda presentazione utente) concernente notizie sanitarie e dati personali riferiti al grado di autonomia ed autosufficienza.
- partecipazione attiva alla preparazione della struttura residenziale, in particolare per l'allestimento del giardino e di un murales sulle pareti esterne della casa.
- partecipazione a week-end, organizzati dalla Cooperativa Sociale, finalizzati a favorire la conoscenza e il rapporto tra le persone con disabilità dello stesso gruppo, verificando così la proposta formativa dei gruppi.

La partecipazione, attraverso determinati impegni e attività, preliminari all'ingresso in comunità, costituisce l'elemento essenziale per aiutare la persona, in particolare con disabilità mentale, a prendere consapevolezza del processo che si sta avviando, favorendo il senso di appartenenza a un gruppo-comunità.

6°) azione "Presentazione degli utenti" e "Coinvolgimento dei centri accreditati"

In questa fase l'Organismo gestore ha presentato, al gruppo di lavoro integrato, gli otto operatori che sarebbero stati impegnati nell'assistenza diretta agli ospiti e nell'organizzazione delle attività della comunità alloggio.

Sono iniziati, così, con cadenza settimanale, gli incontri per la presentazione degli utenti.

Per ogni utente sono state riportate le notizie rilevate nella scheda individuale compilata dalla Neurologa e, in particolare, le conoscenze dei servizi competenti rispetto al percorso socio-riabilitativo.

Sono state evidenziate le possibili potenzialità o resistenze della persona rispetto al progetto e le azioni da intraprendere per sostenere l'inserimento individuale e di gruppo.

Come specificato negli obiettivi, la Comunità assicura la continuità di tutte le attività strutturate, come il lavoro, la formazione e la frequenza ai centri riabilitativi.

A questi incontri partecipano attivamente anche gli operatori e i responsabili dei **centri diurni accreditati**, che approfondiscono le storia personale e familiare dell'utente e il progetto riabilitativo individuale, avviato presso il centro stesso.

I centri diurni, inoltre, partecipano al servizio di trasporto dalla comunità alloggio e viceversa.

7°) azione “Avvio della Comunità Alloggio”

Dalla data di apertura della comunità, tutti gli operatori dell'Ente gestore, impegnati nell'assistenza diretta, hanno partecipato al gruppo di lavoro integrato, con incontri settimanali anche per la necessità di contribuire agli aspetti organizzativi e gestionali della comunità stessa. Sono stati effettuati incontri di verifica nei quali si è valutato collegialmente l'andamento del gruppo, l'inserimento e la partecipazione individuale, la coesione del gruppo e il rapporto con la famiglia.

In questa fase sperimentale vengono osservate le dinamiche dei gruppi per valutare le possibili modalità di cambiamento e arrivare ad una stabilità i gruppi stessi.

Nella fase di avvio si sono affrontate problematiche specifiche, segnalate dai familiari e riferite a particolari aspetti, quali:

- somministrazione dei farmaci e presenza di un infermiere;
- dieta alimentare;
- numero degli operatori rispetto agli utenti inseriti;
- attività esterne alla casa;
- spostamenti e mezzi di trasporto;
- flessibilità per la presenza degli ospiti;
- relazioni degli operatori con le famiglie.

Il gruppo di lavoro ha condotto i familiari ad acquisire una visione della comunità più corrispondente all'ambiente di vita familiare, evitando la trasformazione della casa in un centro sanitario o istituzionale.

La relazione degli operatori con le famiglie, invece, è stata affrontata come un'ulteriore azione da parte del gruppo di lavoro integrato. All'Organismo gestore è stato chiesto di nominare, tra gli operatori, un responsabile per ogni gruppo, che avrebbe mantenuto stabilmente i rapporti con le famiglie, riferendo puntualmente al gruppo di lavoro integrato gli esiti dell'esperienza settimanale.

8°) azione “Metodologia di intervento”:

- incontri quindicinali del gruppo di lavoro integrato presso la sede del Servizio Adulti con Disabilità del relativo Distretto della ASL;
- gruppi di sostegno psicologico dei genitori con frequenza mensile da parte della Dirigente Psicologa della ASL ;
- verifiche delle schede individuali di valutazione dell'autonomia e dell'autosufficienza in due fasi del progetto, con l'operatore responsabile di ciascun gruppo;
- confronto con gli operatori dei Centri diurni accreditati, con cadenza semestrale;
- incontri di verifica con i familiari, con cadenza semestrale.

L'equipe multidisciplinare, formata da operatori del Municipio, del Servizio ASL e dell'Organismo affidatario del progetto, continua a svolgere un'azione costante di monitoraggio, verifica e valutazione del progetto stesso, mediante incontri quindicinali con gli operatori, incontri di verifica e sostegno psicologico con le famiglie, visite periodiche presso la struttura e colloqui con gli utenti.

Dal 2008, l'equipe ha deciso di verificare, in particolare, quattro dimensioni del progetto, evidenziando, nello specifico ambito d'intervento, le aree di criticità, le azioni correttive e i programmi di miglioramento e di sviluppo, così definite:

- 1) Contesto abitativo e ambientale;
- 2) Coordinamento degli operatori;
- 3) Programmazione delle attività;
- 4) Sistema di valutazione.

1) Contesto abitativo e ambientale

Sono stati eseguiti lavori di ripulitura dell'immobile (tinteggiatura delle pareti interne ed esterne) ed è stato rinnovato il corredo di arredamento (tende, copri letti, utensili per i bagni).

In questa fase di rinnovamento della struttura, gli utenti sono stati coinvolti nella scelta dei colori per la tinteggiatura delle pareti e negli acquisti per l'arredamento della casa. Da parte degli utenti e degli operatori, inoltre, sono state presentate proposte per eseguire murales sulle pareti esterne della casa.

2) Coordinamento degli operatori

Considerato che il progetto si configura come un servizio stabile di accompagnamento, guida e sostegno a programmi personalizzati di autonomia, si è ritenuto necessario nominare, oltre al responsabile del progetto, un coordinatore interno, con la qualifica di Educatore professionale, quale figura di riferimento stabile per gli operatori, gli utenti, le famiglie e l'équipe multidisciplinare ASL-Municipio. Il coordinatore interno, in particolare, ha il compito di coordinare le attività quotidiane degli operatori, provvedere all'organizzazione della struttura, coordinare le attività dei gruppi, informare le famiglie sull'andamento del progetto ed essere un riferimento stabile per gli operatori. Nell'ambito di questa nuova organizzazione, sono stati definiti ruoli e compiti del Responsabile del Progetto, del Coordinatore interno e degli Operatori addetti all'assistenza.

3) Programmazione delle attività

- implementazione delle attività mirate al potenziamento delle autonomie personali e sociali, attraverso obiettivi educativi individuali e di gruppo;
- coinvolgimento di tutti gli stakeholders, creando reti di scambio, di comunicazione e di accoglienza con altre realtà associative, presenti nel territorio municipale.

4) Sistema di valutazione

L'équipe multidisciplinare ha elaborato una nuova scheda per la valutazione del percorso individuale (scheda di osservazione relativa all'interazione con il gruppo, interazione con gli operatori, osservazione sulle autonomie acquisite, nell'ambito della gestione domestica e dei rapporti con il contesto sociale).

“S.I.L.I.L.” - Servizio Integrato Locale per l’Inserimento Lavorativo delle fasce deboli.

Il progetto intende rispondere a un'esigenza di fabbisogno crescente, manifestata dal territorio, in relazione all'inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate.

Con un generale basso grado di istruzione e formazione, questi soggetti vedono fortemente limitate le loro possibilità occupazionali e di reddito autonomo, con conseguente ricaduta sui servizi, le cui risorse non sono sufficienti a rispondere alla domanda né consentono di operare adeguatamente, in termini preventivi e riabilitativi, per contenere i fenomeni di devianza sociale presenti nel territorio. Attraverso la creazione di un servizio di assistenza integrato, agito da un'équipe a valenza multidisciplinare si intende:

- contribuire all'aumento delle possibilità di accesso al lavoro per le categorie sociali svantaggiate, in quanto bisognose di assistenza per entrare nel mercato del lavoro;
- progettare e gestire, in forma integrata, percorsi individualizzati di transizione e accompagnamento nel mondo del lavoro attraverso lo strumento del tirocinio formativo (TFL);

- valorizzare, attraverso protocolli operativi, tutte le possibili sinergie tra le istituzioni pubbliche e private, nonché tra le organizzazioni sindacali e di categoria, per individuare una rete di realtà produttive sul territorio, disponibili all'inserimento professionale e formativo dell'utenza interessata;

- fornire suggerimenti su modalità operative e politiche di inserimento al lavoro delle fasce deboli.

Il servizio è rivolto a persone svantaggiate, residenti nel territorio del Municipio e in carico ai servizi territoriali secondo i seguenti target :

- minori in età lavorativa e giovani svantaggiati in situazione di difficoltà familiare (16/23 anni);
- adulti, uomini e donne già detenuti nonché i condannati ammessi alle misure alternative al carcere (25/35 anni);
- adulti, uomini e donne, in situazione di difficoltà personale e/o di svantaggio socio-economico (35/57 anni);
- invalidi fisici, psichici e sensoriali, di età non inferiore ai 18 anni, con invalidità civile riconosciuta e iscrizione al collocamento obbligatorio.

La sede del progetto è presso i locali municipali.

In tal sede si svolgono i colloqui individuali e le attività di gruppo rivolte agli utenti.

La sede è inoltre utilizzata per gli incontri di rete e le attività di programmazione e monitoraggio degli interventi.

Gli inserimenti individuali si realizzano in aziende ubicate sul territorio municipale e cittadino.

I percorsi formativi si svolgono presso i centri di formazione preposti (CFP).

Il progetto prevede i seguenti interventi, rivolti all'utente e al territorio:

- accoglienza e orientamento degli individui;
- formazione individuale e per gruppi di lavoro;
- inserimento aziendale in Tirocinio di Formazione Lavoro (TFL);
- accompagnamento individuale e verifica (tutoraggio);
- interventi di promozione e animazione territoriale;
- attività di studio e ricerca.

Il SILIL si configura come servizio specialistico di II livello e prevede un intervento di formazione e promozione al lavoro incentrato sull'accompagnamento sociale personalizzato e sull'introduzione all'esperienza lavorativa.

Dal punto di vista metodologico, l'originalità dell'intervento è da individuarsi nella costruzione di un modello di pianificazione strategica, capace di sviluppare nel segmento "orientamento-formazione – lavoro", con un approccio integrato delle politiche e dei servizi su base territoriale.

Il progetto è stato avviato nel 2004.

La prima fase di lavoro 2004/2006 ha riguardato la definizione della rete istituzionale (protocolli operativi), l'individuazione e l'allestimento della sede operativa, la costituzione della équipe integrata, la pianificazione delle attività, la costruzione degli strumenti di lavoro per la selezione dei soggetti, l'abbinamento, il monitoraggio e la valutazione degli inserimenti, la selezione delle aziende e la costruzione della rete di collaborazioni.

La seconda fase del progetto ha consentito l'avvio del servizio di inserimento lavorativo.

Nel biennio 2006/2007 il SILIL ha valutato complessivamente n.303 invii, realizzato n.86 bilanci individuali, inserito n.35 utenti in tirocinio formativo, avendo ancora ulteriori 35 utenti, già valutati, da inserire in azienda e avendo già realizzato un primo intervento di formazione d'aula che aveva coinvolto n.13 ragazzi (target 16/23).

Nel biennio 2008/2010 il Servizio è stato potenziato e, attualmente è un servizio permanente.

Il progetto è a gestione diretta ed è realizzato dal Municipio, in integrazione con il rispettivo Distretto ASL sulla base della stipula di un Accordo di Programma. Al fine di dare sistematicità all'azione dell'inserimento lavorativo, successivamente sono stati stipulati accordi operativi con la rete dell'Orientamento di Roma Capitale e lo Sportello Tirocini.

Il personale operante è di ruolo, incaricato per quota oraria dal servizio di appartenenza, ed è composto da:

- n. 2 educatori del servizio TSMREE della ASL;
- n.1 educatore del servizio H Adulti della ASL ;
- n.1 assistente sociale del SERT ;
- n. 1 assistente sociale del DSM ;
- n.1 orientatore del COL ;
- n.1 assistente sociale coordinatore per il Municipio –responsabile del progetto
- n.1 istruttore amministrativo del Municipio.

Il personale è destinato all'unità tecnica di coordinamento e al gruppo integrato (équipe multidisciplinare SILIL), che rappresenta il livello operativo.

L'attività di tutoraggio è affidata con convenzione a un Organismo del privato sociale.

Il progetto è valutato annualmente per l'aggiornamento del Piano Regolatore Sociale.

L'unità tecnica di coordinamento, che ha compiti di gestione del progetto e dei collegamenti istituzionali, effettua un monitoraggio periodico dei tirocini realizzati e dello stato di avanzamento delle attività previste, delle azioni di diffusione e conoscenza del lavoro svolto e dei risultati ottenuti, anche in ambiti seminariali e formativi.

LE AZIONI PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E DELLA SALUTE IN TEMA DI BUONE PRASSI TERRITORIALI

**SISS-CARTELLA SOCIALE-PORTE SOCIALI
(Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute)**

Nell'ambito delle **buone prassi**, si riassume il lavoro fin qui svolto nell'ambito del SISS del Lazio, sia in termini di prodotti che di metodologia praticata.

Nell'anno 2006, il Comune di Roma e la Regione Lazio hanno sottoscritto un accordo per la realizzazione del **sistema informativo dei servizi sociali del Lazio**, in linea con quanto previsto dalla 328/00, al fine di "assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e per poter tempestivamente disporre di dati ed informazioni necessari alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali".

Si è dato avvio, così, a una proficua collaborazione che porterà in primo luogo alla individuazione delle forme organizzative e degli strumenti necessari e appropriati per l'attivazione e la gestione, a livello locale, del Sistema Informativo.

Si è assunta la metodologia *bottom up* del **gruppo di lavoro**, costituito da operatori sociali impegnati a vario titolo nei servizi sociali, insieme a esperti informatici, con il compito di coordinare, programmare e monitorare le strategie e le attività progettate.

Importante, all'interno dell'attività complessiva, è stata la collaborazione con il CENSIS che ha fornito il supporto tecnico- scientifico alle attività realizzate per la rappresentazione, la lettura approfondita e integrata e l'interpretazione dei dati in entrata, attraverso la produzione di *reports*, nonché per la definizione e l'aggiornamento della Tassonomia regionale delle strutture e dei servizi socio assistenziali del Lazio.

Ruolo complementare e fondamentale è stato svolto dalle Società Laziomatica, prima, e da LAIT, dopo, che hanno fornito il supporto informatico e operato la necessaria traduzione di tematiche e contenuti tecnico specialistici in linguaggio e operazioni informatiche.

Uno step importante per la realizzazione del Sistema Informativo, è stato rappresentato dall'individuazione, dall'acquisizione e dalla formazione mirata del capitale umano.

Sono stati coinvolti direttamente, sia nella fase di costruzione che di sperimentazione e di implementazione, gli assistenti sociali impiegati nei servizi locali e sono state affrontate tematiche istituzionali, professionali e organizzative dei servizi sociali stessi.

E' stata quindi progettata e realizzata la seguente architettura di sistema :

Gruppo di Lavoro	Dirigente Area SISS regione Lazio, Coordinatori referenti del Comune di Roma e delle cinque Province, referenti Lait e Censis	Regione Lazio
Commissione Centrale di Coordinamento	Referenti dipartimentali e municipali SISS, esperti esterni all'amministrazione	Roma capitale

Allegato al Piano Regolatore Sociale 2011-2015 - Interventi innovativi e buone prassi

Gruppo operativo ristretto	Personale dipartimentale, municipale ed esterno per la realizzazione di specifiche azioni	Roma capitale
Referenti per la sperimentazione della cartella Sociale	Responsabili dei segretariati sociali municipali	Municipi IX, X, XI
Rilevatori	Personale interno ed esterno	Roma Capitale

Il SISS, nella sostanza metodologica, ha prodotto una network funzionale all'acquisizione, scambio, strutturazione e trasmissione di informazioni e conoscenze che, dalle "cassette degli attrezzi" degli operatori, sono confluite in un sistema attendibile, organizzato e documentato.

La scelta metodologica, utilizzata nel costituire l'architettura del sistema, parte dalla considerazione del **valore del capitale sociale** quale risorsa principale per la buona realizzazione delle pratiche. L'agire organizzato e coordinato degli attori stessi dei servizi, la condivisione di linguaggi e spazi di azione, la qualità delle relazioni e il potenziamento delle stesse, volto anche all'armonizzazione dei processi attivi e attivabili sul territorio - in un contesto, ad es. ampio e articolato quale quello romano - ha favorito l'assunzione di innovazioni e il raggiungimento di obiettivi importanti, alcuni dei quali sono in attesa di ulteriori sviluppi.

Alcuni prodotti/azioni importanti realizzati, in questi anni, nell'ambito del Sistema sono stati:

- l'elaborazione della Tassonomia delle strutture e dei servizi socio assistenziali del Lazio; strumento fondamentale per la definizione condivisa delle tipologie delle strutture e dei servizi (oggetto anche d'indagine) derivante dall'analisi della normativa nazionale, regionale, locale e dei modelli organizzativi e gestionali, a livello locale.
- il censimento per l'acquisizione sistematica e completa e la conoscenza delle strutture residenziali e semiresidenziali e dei servizi non residenziali, utile alla creazione, al monitoraggio e all'implementazione di un *data base* strutturato e definito, comprendente l'anagrafica dei servizi e delle strutture del Lazio, oggetto, tra l'altro, di rilevazione periodica.
- la Cartella Sociale come strumento di lavoro, ma anche "data entry" privilegiato, che esprime un rilevante potenziale informativo e che fornisce conoscenza dettagliata sulle condizioni personali, anagrafiche, sociali ed economiche dei cittadini che si rivolgono ai servizi, oltre a specifiche sulla domanda espressa e su quella latente e, complessivamente, sul bisogno sociale, sul progetto e sull'intervento attivato e attivabile, compresa la tempistica e il relativo impegno economico - amministrativo, nonché sulle liste di attesa. La Cartella concretizza l'informatizzazione delle procedure di gestione dei servizi sociali a livello locale e l'analisi e l'armonizzazione degli assetti organizzativi e delle prassi di accesso/ accoglienza /presa in carico. La sperimentazione, effettuata su tre municipi pilota e due comuni del Lazio, ha permesso la definizione e la messa a punto dei contenuti. **La cartella si configura, quindi, come strumento innovativo, rispondente alle esigenze operative e conoscitive dei servizi, ne arricchisce le metodologie, ne rende visibili i contenuti, unisce, integra e confronta operatori di sistemi organizzativi complessi, si inserisce pienamente nel lavoro di rete. Segue e registra i cittadini nei percorsi dentro e tra i servizi sociali.**
- le Porte Sociali. A seguito dell'approvazione del 1° Piano Regolatore Sociale sono state intraprese azioni di sistema mirate all'attivazione di "Porte Sociali", al fine di facilitare e promuovere l'accesso di tutti i cittadini ai servizi pubblici e del privato sociale. La funzione

delle Porte Sociali, dunque, si integra ed estende la funzione svolta del Segretariato Sociale – primo dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla 328/00 – istituito presso ogni sede territoriale Municipale.

La realizzazione delle Porte Sociali, valorizza e implementa il capitale esistente nella rete delle organizzazioni territoriali che, grazie alla loro consolidata presenza ed esperienza nei territori, facilitano il contatto capillare con la cittadinanza.

Il progetto di sperimentazione, avviato in collaborazione con l'**IPAB ISMA** – Istituti Santa Maria in Aquiro - ha inizialmente circoscritto l'attenzione ad alcuni Municipi e ad alcune organizzazioni del terzo settore, del volontariato e della tutela pubblica che, siglando accordi definiti in specifici protocolli d'intesa, si sono attivamente impegnate e coinvolte a partire dalla formazione ad hoc di propri operatori, per le attività di rilevazione e di front office.

I Municipi, i patronati INCA, ITAL, ACLI, INAS, INAC-CIA, l'Associazione di Imprese Sociali "Città Visibile" O.N.L.U.S., La Caritas Diocesana di Roma per tramite dei Centri di ascolto parrocchiali presenti nella città, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, l'Università Cattolica del Sacro Cuore- Policlinico Gemelli, l'Ordine degli Psicologi del Lazio, lo sportello Famiglia : Il Raggio Verde, il Coordinamento La Mela Blu – O.N.L.U.S. , hanno partecipato al coordinamento delle azioni comuni e delle attività connesse alla realizzazione della sperimentazione e, contemporaneamente, le sedi decentrate hanno costituito micro-reti territoriali, coordinate dal segretariato sociale municipale.

L'efficacia del metodo di lavoro è stata comprovata, nel 2007, dai primi dati del monitoraggio di accesso alle Porte Sociali: 1.272 contatti, 2.718 al 31 dicembre del 2008.

Il progetto concretizza una proficua strategia di collaborazione verticale ed orizzontale tra istituzioni ed enti diversi, grazie alla quale si strutturano ulteriori luoghi di informazione e di primo accesso ai servizi sociali territoriali e, allo stesso tempo, si amplia e si solidifica una rete di intercettazione, comunicazione, segnalazione, valutazione e sostegno del bisogno espresso o latente del cittadino.

La rete, a livello informatizzato, opera su un Portale, con accesso riservato a *users* certificati, strutturato su due livelli:

- banca dati aggiornata delle risorse –strutture e servizi- disponibili sul territorio
- registrazione degli accessi e profilo degli utenti

Nell'ambito dello scambio delle buone prassi, il software del portale è stato dato in riuso al Comune di Potenza nel mese di novembre 2008.

A partire dall'impegno fin qui profuso, dalle relazioni sperimentate e sedimentate, dalle strategie e dai risultati concretizzati, dall'assunzione, da parte degli attori sociali, della cultura del dato e della conoscenza come fondamento dell'attività di verifica e programmazione delle politiche sociali, si può senza dubbio sostenere che la flessibilità e la capacità innovativa del sistema lo rendono capace e aperto a un ulteriore sviluppo e ad assecondare le esigenze del nuovo Piano Regolatore della città.

LE UNITA' INTERDISTRETTUALI MINORI (Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute)

Le Unità Interdistrettuali Minori (U.I.M.) si inquadrano in uno scenario derivante, da un lato, dall'avanzato processo di decentramento del Comune di Roma e dalle riforme introdotte e, dall'altro, dall'impellente necessità di sviluppare il processo di integrazione socio-sanitaria approfondendo i raccordi strategici, organizzativi e procedurali con le cinque ASL cittadine.

La forte spinta autonomistica dei Municipi – confermata anche dall'impianto del Piano Regolatore Sociale - comporta la necessità di un disegno complessivo di Governance, che permetta sia un forte impulso alla responsabilizzazione dei Municipi stessi quale ente locale più vicino al cittadino, sia l'armonizzazione del sistema cittadino. In questo modo sarà possibile, nel rispetto delle diversità dei singoli territori, assicurare equità nell'accesso e qualità delle prestazioni, nella corretta applicazione del principio di sussidiarietà.

Per quanto riguarda il nodo dell'integrazione socio-sanitaria, le intersezioni con il sistema ASL che chiedono di essere innovate, migliorate o approfondite sono molteplici: i protocolli dei Gruppi Integrati di Lavoro (GIL), ormai con più di 17 anni di vita alle spalle, per le relazioni con l'Autorità Giudiziaria; il sistema di relazioni tra servizi municipali, SERT e DSM con riferimento alle famiglie multiproblematiche; le complessive esigenze collegate alle azioni di sostegno alla genitorialità; le problematiche degli adolescenti con sofferenze psichiatriche; il raccordo tra i servizi di diagnostica psicologica e l'azione dei servizi sociali; il raccordo tra la funzione di tutela pubblica e le competenze sanitarie in capo alla ASL.

Complessivamente, il sistema generale cittadino dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza manifesta la necessità di essere sviluppato secondo i principi dell'integrazione e della relazione inter-istituzionale, valorizzando specificità e risorse anche attraverso l'articolazione tra servizi di quadrante (a valenza inter-municipale/inter-distrettuale) e servizi territoriali (a valenza municipale/distrettuale).

L'insieme degli obiettivi affidati alle UIM ne caratterizzano l'azione in termini di integrazione degli strumenti afferenti agli ambiti sanitario e socio-assistenziale e la sviluppano attraverso dinamiche prevalentemente inter-istituzionali e inter-organizzative.

In questo quadro l'azione delle UIM è articolata attraverso due aree di significato: l'area del *confronto* (concertazione e negoziazione) e l'area del *dialogo* (integrazione e progettazione partecipata).

Le U.I.M. sono quindi:

- un *nodo organizzativo* del Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute del Comune di Roma;
- sono uno *spazio inter-istituzionale* per lo sviluppo dei servizi rivolti all'infanzia e adolescenza, secondo la prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata;
- sono un *luogo di interfaccia* con la ASL coordinato tra Municipi;
- sono uno *strumento a valenza organizzativa* per la gestione degli squilibri collegati al processo di decentramento, favorendo l'orientamento dell'azione inter-istituzionale verso l'omogeneizzazione degli standard dei servizi erogati a livello di quadrante;

- sono uno *strumento a valenza tecnica* per migliorare l'efficacia dei servizi erogati.

In questo senso le UIM si definiscono come intervento di sistema che si sviluppa in un quadro multidimensionale a più variabili:

- natura organizzativa della ASL;
- natura organizzativa del Municipio;
- dinamiche intra-organizzative ASL;
- dinamiche intra-organizzative di ciascun Municipio afferente alla area ASL di riferimento per la UIM;
- dinamiche inter-organizzative tra Municipi;
- dinamiche inter-organizzative singolo Municipio-ASL;
- dinamiche inter-istituzionali ASL-Municipi.

Tenendo presente questa configurazione, gli obiettivi delle UIM sono i seguenti:

- a. promuovere, sostenere e accompagnare la pianificazione, programmazione e attivazione di servizi di quadrante secondo modalità integrate;
- b. diffondere a livello di quadrante le buone prassi realizzate e sistematizzate a livello municipale (benchmarking inter-municipale di servizi, sistemi di servizi, procedure, sistemi di coordinamento, modelli organizzativi);
- c. favorire la formazione continua a livello di quadrante in chiave inter-professionale e inter-istituzionale, a partire dal principio che i processi di integrazione si consolidano e sono sostenibili nel tempo se le comunità professionali coinvolte sviluppano ri-conoscimenti e processi identificatori attorno a nuclei formativi condivisi capaci di generare e sostenere nuove produzioni culturali;
- d. curare il raccordo coordinato con altri nodi istituzionali esterni al sistema ASL-Municipi-Dipartimento (Tribunali, altri Dipartimenti comunali, Provincia)

Servizi-azioni

Implementazione di *Unità Interdistrettuali per i Minori e il sostegno alla genitorialità* su ambiti territoriali coincidenti con quelli delle ASL, anche per favorire una fattiva ed efficace integrazione socio-sanitaria.

Funzioni delle UIM:

- sostegno tecnico in caso di sofferenze significative;
- raccordo operativo su alcune funzioni specifiche (tutele, affido, adozione);

- soluzione di criticità inter-istituzionali nella gestione dei casi (rapporto con i Tribunali, raccordo con l'azione del tutore, difficoltà contingenti nella collaborazione tra servizio ASL e servizio municipale relativamente alla gestione di un caso);
- sostegno nella elaborazione di modelli organizzativi
- sostegno nella sistematizzazione delle azioni di pianificazione.

Organizzazione

Le U.I.M. dipendono direttamente dal Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute, sotto la responsabilità del Dirigente dell'U.O. Minori e Famiglia, con staff costituiti, per ciascuna U.I.M. da un referente del Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute, da un referente per ciascuno dei Municipi del quadrante e da un referente o un referente per ciascun distretto della ASL del quadrante. La fase di *team building*, per costruire la capacità operativa di lavoro in gruppo che integri le diverse professionalità e competenze è seguita con particolare cura.

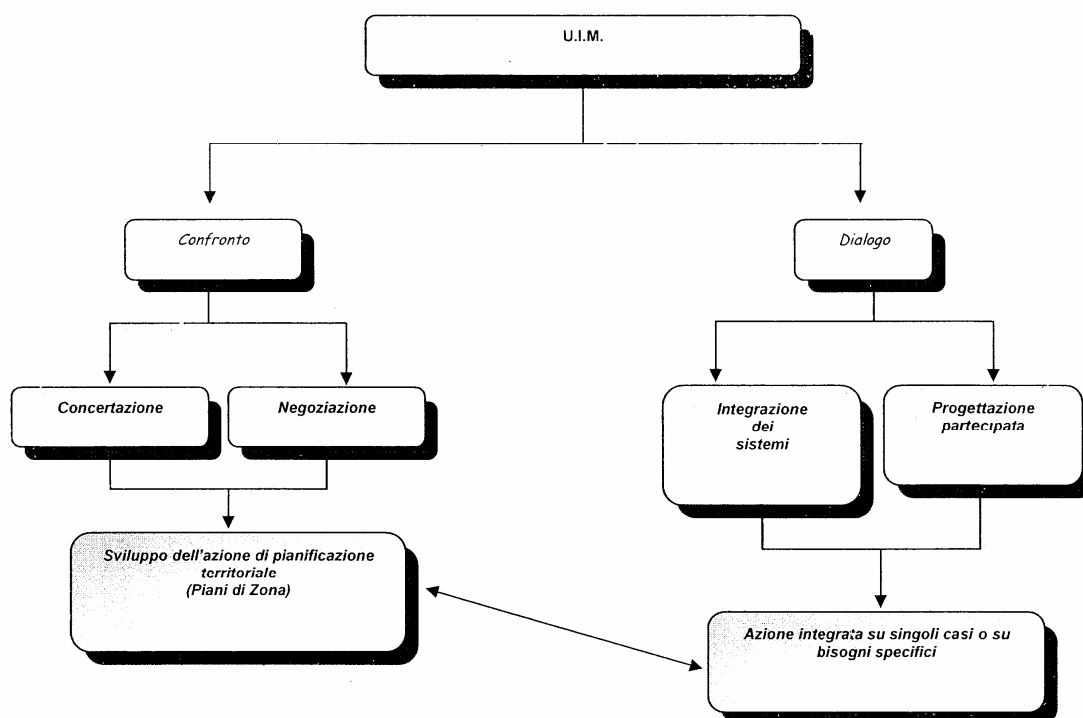
1. IL QUADRO ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO: L'AZIONE DEL COMUNE DI ROMA PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLO SVILUPPO DELLE POLITICHE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA E LE UNITÀ INTERMUNICIPALI PER I MINORI (UIM)

1.1. La prospettiva d'azione

Negli ultimi tre anni il Comune di Roma, tramite il V Dipartimento, ha attivato un processo a valenza strategica ed organizzativa per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata per quanto riguarda le politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Tale processo si sta sviluppando attraverso l'avvio, per ciascun quadrante coincidente con i territori delle cinque ASL di Roma, di una Unità Intermunicipale per i Minori (UIM) che coinvolge la ASL e i quattro Municipi afferenti.

L'insieme degli obiettivi affidati alle UIM ne caratterizzano l'azione in termini di integrazione degli strumenti afferenti agli ambiti sanitario e socio-assistenziale e la sviluppano attraverso dinamiche prevalentemente inter-istituzionali e inter-organizzative.

In questo quadro l'azione della UIM può essere articolata attraverso due aree di significato: l'area del *confronto* (concertazione e negoziazione) e l'area del *dialogo* (integrazione e progettazione partecipata). Tale articolazione può essere raffigurata secondo lo schema che segue:



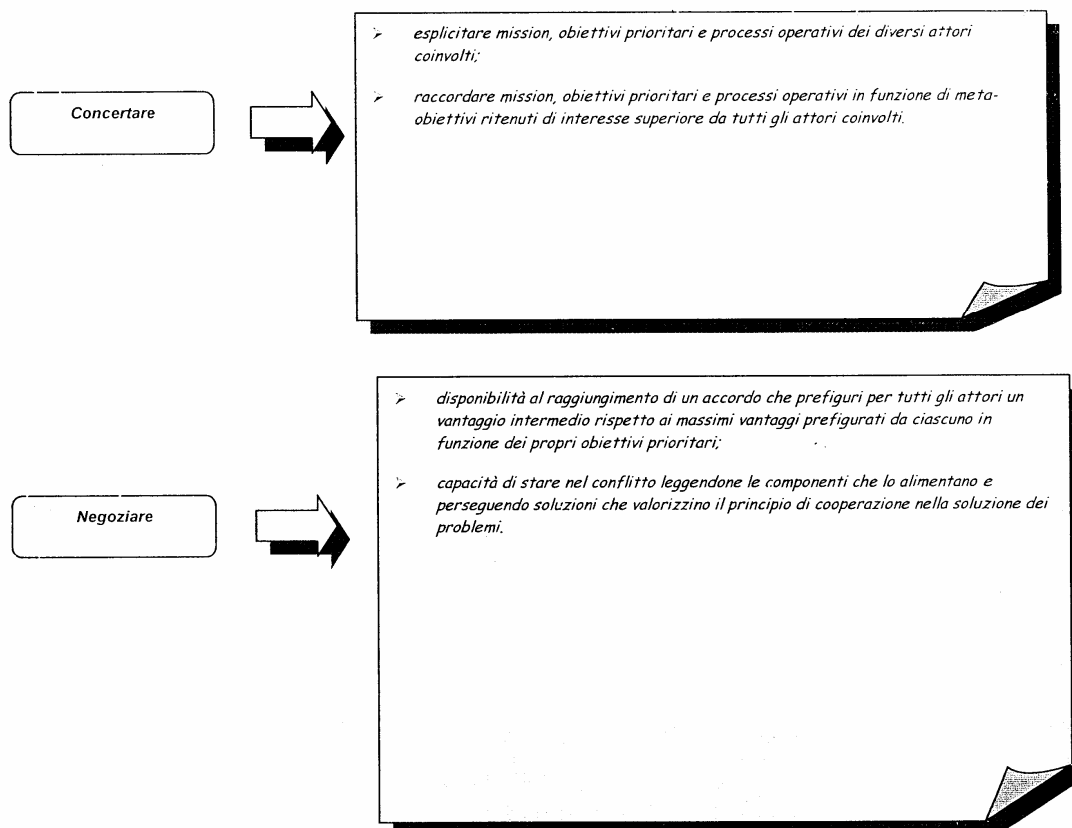
In questo senso le UIM si definiscono come intervento di sistema che si sviluppa in un quadro multidimensionale a più variabili:

- ✦ natura organizzativa della ASL,
- ✦ natura organizzativa del Municipio,
- ✦ dinamiche intra-organizzative ASL,
- ✦ dinamiche intra-organizzative di ciascun Municipio afferente alla area ASL di riferimento per la UIM,
- ✦ dinamiche inter-organizzative tra Municipi,
- ✦ dinamiche inter-organizzative singolo Municipio-ASL,
- ✦ dinamiche inter-istituzionali ASL-Municipi.

1.2. Sviluppo della concertazione e negoziazione inter-istituzionale

Le esigenze di *concertazione e negoziazione* nascono in questo quadro, con le caratteristiche di sottoprocessi strategici all'implementazione di un'azione integrata di sistema come è quella affidata alla UIM. Tenendo presente questi elementi, potenzialmente conflittuali, la nascita organizzativa e l'azione della UIM ha bisogno di essere sostenuta da azioni di concertazione e negoziazione.

I significati di questi due sotto-processi possono essere sintetizzati come segue:



Sia la concertazione che la negoziazione hanno bisogno di un soggetto terzo in grado di alimentare i due processi su una base di legittimazione reciproca, tenendo presente che quanto più i conflitti sono esplicitati tanto più sarà possibile definire i contorni di un accordo orientato a meta-obiettivi di interesse superiore. A questo livello, in modo particolare, si colloca il ruolo del V Dipartimento come soggetto facilitatore del processo di integrazione e di relazione inter-istituzionale.

1.3. La progettazione inter-istituzionale

Il secondo asse descrittivo dell'azione della UIM, l'asse del dialogo, si declina attraverso le prospettive dell'integrazione dei sistemi e della progettazione partecipata. Si tratta di prospettive strategiche che hanno come loro dimensione vitale l'ambito della comunicazione e della parola. L'integrazione di sistemi, infatti, non si esaurisce nella semplice messa in rete di informazioni e procedure, ma si realizza pienamente solo se i cicli di vita dei sistemi interessati riescono a *convivere* dando vita ad un nuovo sistema complesso. La *con-vivenza* dei sistemi si alimenta del dialogo costante inter-organizzativo, teso alla prefigurazione di nuovi scenari operativi e trasformativi. Ugualmente, la progettazione partecipata trasforma il *pro-gettare* individuale, cioè la capacità della singola organizzazione e del singolo professionista di *gettare oltre* il

proprio sguardo prefigurando nuovi orizzonti, in prefigurazione condivisa del futuro. In altre parole, la progettazione partecipata è un atto di messa in comune dialogica del futuro, sia in risposta a singoli bisogni sia su prospettive d'azione più complesse e di medio-lungo periodo.

I due processi possono essere efficacemente descritti utilizzando lo schema proposto da Achille Orsenigo², che di seguito si presenta con alcune integrazioni:



Lo schema proposto è articolato su quattro polarità: massimo e minimo investimento sulla propria progettazione, massimo e minimo investimento sulla progettazione altrui. Queste polarità possono essere sviluppate sia con riferimento alla dimensione inter-organizzativa che a quella inter-personale, poiché la progettazione partecipata chiama in causa, in tempi diversi, la disponibilità a porsi in gioco dell'organizzazione ma anche del singolo operatore. Spesso i processi di progettazione partecipata falliscono perché organizzazioni e persone che le rappresentano non hanno lo stesso grado di coinvolgimento nel processo: l'organizzazione può aver deciso di porsi in gioco, ma non l'operatore che la rappresenta.

Proviamo ad analizzare i quattro quadranti di significato creati dall'intersezione delle quattro polarità.

Nel primo quadrante in alto a sinistra (massimo investimento sulla progettazione altrui e minimo investimento sulla progettazione propria) gli atteggiamenti dominanti, sia nella relazione inter-organizzativa che in quella inter-personale, sono la dipendenza da un soggetto ritenuto forte e la sopravvalutazione dei suoi prodotti o servizi.

Nel primo quadrante in basso a sinistra (minimo investimento sulla progettazione altrui e minimo investimento sulla progettazione propria) si è in presenza di un complessivo disinvestimento circa la possibilità di prefigurare il futuro e quindi di implementare processi di

² cfr. Achille Orsenigo, *L'integrazione tra progetti e Potere, autorità e fiducia* in AA.VV., *La progettazione sociale*, Quaderni di animazione e formazione, edizioni Gruppo Abele, Torino 1999

cambiamento. Prima ancora della progettazione partecipata sono messe in discussione le condizioni di possibilità del progettare stesso. In questo contesto gli atteggiamenti sia dell'organizzazione che dell'individuo sono quelli dell'isolamento e della rinuncia, animando le prospettive del fallimento come destino e della profezia che si avvera.

Nel quadrante in basso a destra (minimo investimento sulla progettazione altrui e massimo investimento sulla progettazione propria) nella progettazione partecipata è rese impossibile dalla sopravvalutazione dei propri prodotti e servizi, dalla autoreferenzialità e da un approccio competitivo escludente.

Il quadrante in alto a destra (massimo investimento sulla progettazione altrui e massimo investimento sulla progettazione propria) descrive il contesto naturale per lo sviluppo di processi di progettazione partecipata. Le sue condizioni di possibilità sono, in questa prospettiva, una alta consapevolezza delle proprie risorse e della qualità della propria prefigurazione del futuro e la percezione dell'altro (organizzazione e individuo) come risorsa qualitativamente valida. La progettazione partecipata assume qui le caratteristiche di una progettazione *dia-logica*: una progettazione che è animata dall'incontro e dalla comunicazione non solo di *due parole* su uno stesso oggetto di lavoro ma anche di *due logiche*, due visioni del mondo attraverso le quali si costruiscono significati sullo stesso oggetto di lavoro. Questa dimensione *dia-logica* permette la gestione di processi negoziali animati non solo da una prospettiva utilitarista (il miglior vantaggio possibile su base negoziale preferito al perseguimento del massimo vantaggio desiderato attraverso la guerra tra le parti), ma anche da un punto di vista orientato alla cura del legame sociale. In questo senso la competizione diviene *com-petizione* (*cum-petere*), cioè riconoscimento reciproco all'interno di domande condivise. Oppure, con altre parole, consistere organizzativo e individuale all'interno di comuni domande di significato. Ugualmente il compromesso necessario in processi negoziali di questa natura si trasforma in *com-promesso*, cioè pronuncia di promesse comuni nell'interesse di un terzo individuato come destinatario beneficiario dell'azione che si intende sviluppare. La progettazione partecipata si rivela qui non più solo come strumentazione metodologica che permette di meglio gestire processi complessi multi-attore, ma anche nella sua dimensione etica poiché permette di esplicitare e di agire la responsabilità etica delle organizzazioni e delle istituzioni nell'animazione e nel consolidamento del legame sociale e nel perseguimento di meta-obiettivi di interesse generale.

1.4. Le finalità delle UIM

Il ruolo del V Dipartimento è sia quello di animare il processo di progettazione partecipata, sia quello di rinforzare con risorse specialistiche la concreta messa in atto delle azioni al fine di:

- ✦ produrre condivisione della complessiva prospettiva d'azione della UIM;
- ✦ favorire l'esplicitazione delle eventuali criticità esistenti;
- ✦ accompagnare alla definizione del "patto di collaborazione" tra i livelli organizzativi coinvolti (ASL, Distretti, Municipi).

In questo quadro le UIM possono essere definite in quanto:

- a. un *nodo organizzativo* del Comune di Roma, che esprime un orientamento politico e istituzionale del Campidoglio;
- b. uno *spazio inter-istituzionale* disponibile alla produzione di politiche pubbliche, con particolare riferimento all'area dell'infanzia e adolescenza, secondo la prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata;
- c. un *luogo di interfaccia* con la ASL coordinato tra Municipi;
- d. uno *strumento a valenza politica e organizzativa* per la gestione degli squilibri collegati al processo di decentramento, favorendo l'orientamento dell'azione inter-istituzionale verso l'omogeneizzazione degli standard dei servizi erogati a livello di quadrante;
- e. uno *strumento a valenza tecnica* per migliorare l'efficacia dei servizi erogati.

1.5. L'impatto delle UIM a livello di sistema

L'impatto che la UIM può avere nel sistema di governo e gestione del sistema di servizi per i minori e la famiglia può essere articolato su tre livelli:

- a. comunità professionale responsabile dell'erogazione dei servizi in particolare con riferimento a:
 - sostegno tecnico in caso di sofferenze significative
 - raccordo operativo su alcune funzioni specifiche (tutele, affidò, adozione)
 - soluzione di criticità inter-istituzionali nella gestione dei casi (rapporto con i Tribunali, raccordo con l'azione del tutore, difficoltà contingenti nella collaborazione tra servizio ASL e servizio municipale relativamente alla gestione di un caso)
- b. management responsabile dei processi di produzione dei servizi in particolare con riferimento a:
 - sostegno nella elaborazione di modelli organizzativi
 - sostegno nella sistematizzazione delle azioni di pianificazione
- c. policy makers in particolare con riferimento a:
 - raccordo dei processi di policy making
 - raccordo dei processi locali di governance

In questa prospettiva le UIM sostengono azioni di sistema strategiche, ed in particolare:

- e. la pianificazione, programmazione e attivazione di servizi di quadrante secondo modalità integrate;
- f. la diffusione a livello di quadrante delle buone prassi realizzate e sistematizzate a livello municipale (benchmarking inter-municipale di servizi, sistemi di servizi, procedure, sistemi di coordinamento, modelli organizzativi);
- g. la formazione continua a livello di quadrante in chiave inter-professionale e inter-istituzionale, a partire dal principio che i processi di integrazione si consolidano e sono sostenibili nel tempo se le comunità professionali coinvolte sviluppano ri-conoscimenti e processi identificatori attorno a nuclei formativi condivisi capaci di generare e sostenere nuove produzioni culturali;
- h. il raccordo coordinato con altri nodi istituzionali esterni al sistema ASL-Municipi-V Dipartimento (Tribunali, altri Dipartimenti comunali).

2. IL SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI INTERDISTRETTUALI

2.1. Quadro generale dei servizi interdistrettuali erogati

Nel quadro istituzionale su descritto, all'interno della UIM RM E, su mandato politico e dirigenziale, è stato messo a punto un Sistema Integrato di Servizi Interdistrettuali di secondo livello con l'obiettivo di ottimizzare le risorse professionali e economiche disponibili attraverso lo sviluppo dei livelli di integrazione nell'organizzazione e progettazione dei servizi, attuando le finalità indicate nella legge 328/00.

Nello specifico il Sistema Integrato di Servizi Interdistrettuali per i minori e la famiglia assume come quadro operativo di riferimento le seguenti linee di servizio, i cui specifici protocolli tecnici sono descritti più avanti:

- a. gestione del conflitto familiare;
- b. mediazione familiare;
- c. incontri protetti;
- d. consulenza legale;
- e. diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità;
- f. servizi di psicoterapia a famiglie e minori;
- g. trattamento dell'abuso e maltrattamento.

Tenendo conto del complessivo quadro istituzionale e delle risorse attivabili, gli impegni delle Istituzioni coinvolte è stato articolato come nella tabella che segue:

Allegato al Piano Regolatore Sociale 2011-2015 - Interventi innovativi e buone prassi

LINEE DI SERVIZIO	Municipio 17	Municipio 18	Municipio 19	Municipio 20	ASL	V Dip.
<i>Gestione del conflitto familiare</i>	2 psicologi-mediatori per 16 ore settimanali ciascuno	1 psicologo per 16 ore settimanali 1 assistente sociale per complessive 6 ore settimanali	2 mediatori familiari per 16 ore settimanali ciascuno	2 psicologi per 16 ore settimanali ciascuno		
<i>Mediazione familiare</i>					1 mediatore familiare per 16 ore settimanali	
<i>Spazio di incontro (incontri protetti)</i>						garantisce l'intera linea di servizio per tutto il quadrante finanziando il progetto gestito dall'Istituto Toniolo
<i>Corsi, senza legale</i>			1 avvocato per 6 ore settimanali			
<i>Diagnosi psicologica e valutazione della genitorialità</i>		1 assistente sociale per complessive 9 ore settimanali			1 psicologo per 20 ore settimanali nel 1° anno 2 psicologi per 40 ore settimanali complessive nel 2° anno	Attraverso l'Istituto Toniolo si garantirà 1 psicologo per 20 ore settimanali nel 1° anno
<i>Servizi di psicoterapia a famiglie e minori</i>					fino a 15 casi all'anno	si chiederà all'Istituto Toniolo di garantire la presa in carico di un ulteriore numero di casi, da definire in sede di riarticolazione del piano finanziario
<i>Trattamento dell'abuso e maltrattamento</i>					garantisce il servizio, la messa a disposizione dei locali e la loro predisposizione strumentale	

Per una completa interpretazione della tabella va tenuto presente che:

- gli impegni del Municipio 17 e del Municipio 20 saranno finanziati all'interno delle risorse progettuali, già in fase di programmazione, destinate a servizi per la famiglia;
- gli impegni del Municipio 19 saranno garantiti riarticolando le risorse del Centro per la famiglia municipale già attivo;
- gli impegni del Municipio 18 saranno garantiti attraverso la riarticolazione degli attuali carichi di lavoro dei 3 assistenti sociali in organico e dei 4 assistenti sociali esterni utilizzati dal Municipio e attraverso la progettazione 285/97;
- gli impegni della ASL sono da considerare in una prospettiva di implementazione di medio periodo, sia per quanto riguarda la psicoterapia che per quanto riguarda la diagnostica psicologica;
- gli impegni del V Dipartimento sono garantiti attraverso un finanziamento legge 285/97.

2.2. Sedi, tempi e responsabilità dei servizi interdistrettuali

L'erogazione dei servizi sarà garantita all'interno di poli inter-distrettuali che avranno la seguente articolazione:

- ✚ Gestione del conflitto familiare
 - il Municipio 18 mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - settimanalmente il servizio sarà aperto al pubblico 5 pomeriggi (h. 14.00-18.00) e 1 mattina (h. 9.00-13.00);
 - il responsabile del servizio sarà espresso dal Municipio Roma 18 e garantirà la presenza nella sede di erogazione del servizio per 2 mezze giornate alla settimana.
- ✚ Mediazione familiare
 - il Municipio 19 mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - settimanalmente il servizio sarà aperto al pubblico 1 mattina (h. 9.00-13.00) e 2 pomeriggi (h. 14.00-18.00)
 - il responsabile del servizio sarà espresso dal Municipio Roma 19 e garantirà la presenza nella sede di erogazione del servizio per 1 mattina alla settimana.
- ✚ Spazio di incontro (incontri protetti)
 - l'Istituto Toniolo mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - il responsabile del servizio sarà espresso dal Municipio Roma 17 e garantirà la presenza nella sede di erogazione del servizio per 1 mattina alla settimana.
- ✚ Consulenza legale
 - il Municipio 19 mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - il responsabile del servizio sarà espresso dal Municipio Roma 20.
- ✚ Diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità
 - la ASL mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - settimanalmente il servizio sarà aperto al pubblico 1 giornata intera per complessive 9 ore, prevedendo la presenza dell'assistente sociale espressa dal Municipio Roma 18, 1 giorno per 5 h. e 1 giorno per 6h.;
 - il responsabile del servizio sarà espresso dalla ASL e garantirà la presenza nella sede di erogazione del servizio per 1 mattina alla settimana.
- ✚ Psicoterapia
 - la ASL mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - settimanalmente il servizio sarà aperto al pubblico per 2 pomeriggi;
 - il responsabile del servizio sarà espresso dalla ASL e garantirà la presenza nella sede di erogazione del servizio per 2 pomeriggi alla settimana.
- ✚ Trattamento dell'abuso e maltrattamento
 - la ASL mette a disposizione la sede con relativa attrezzatura;
 - il responsabile del servizio sarà espresso dalla ASL e garantirà la sua presenza full time.

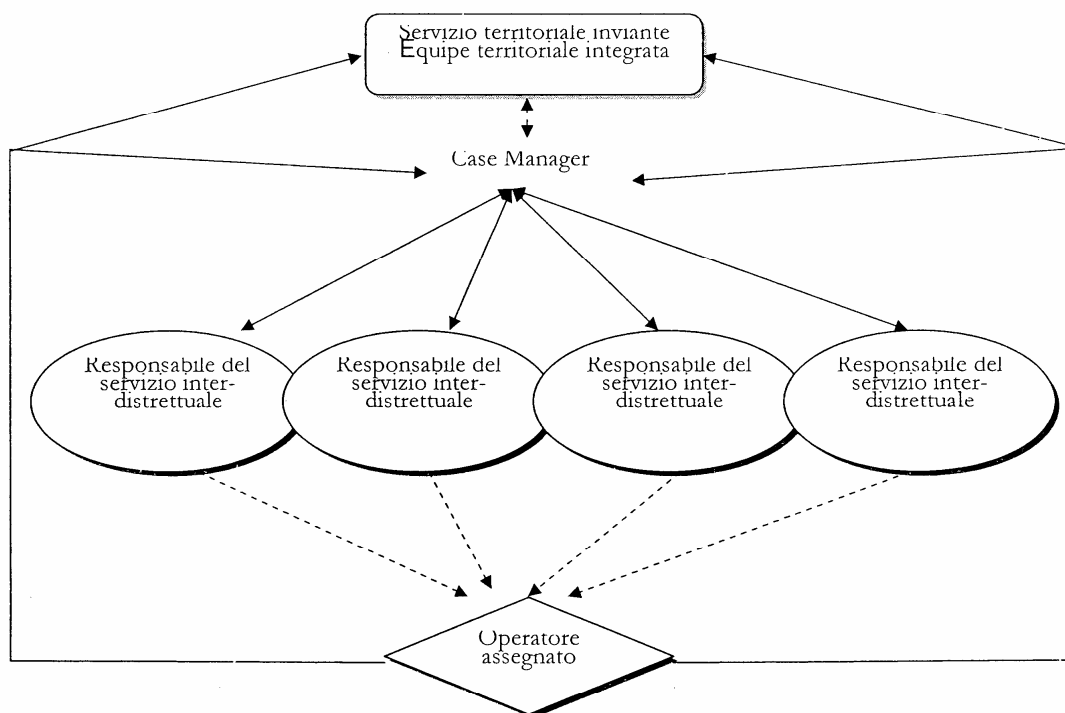
2.3. *Struttura organizzativa per la gestione del Sistema Integrato di Servizi Interdistrettuali*

Per quanto riguarda l'aspetto gestionale è stata definita la seguente ipotesi organizzativa, sviluppata secondo il *principio della co-titolarietà* del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali condivisa tra le Istituzioni che ne garantiscono l'implementazione e tenendo conto della natura di servizi di secondo livello propria dei servizi erogati a livello inter-distrettuale:

- a. ciascuna linea di servizio inter-distrettuale avrà *un responsabile di servizio*, che sarà individuato secondo modalità concertative dalle Istituzioni co-titolari del sistema integrato di servizi inter-distrettuali;
- b. il responsabile di servizio avrà i seguenti compiti:
 - accogliere gli invii provenienti dai servizi territoriali e organizzarli secondo i criteri di priorità su indicati;
 - gestire la comunicazione con i servizi territoriali per quanto riguarda i tempi di presa in carico e lo sviluppo della eventuale lista d'attesa;
 - assegnare il caso all'operatore del servizio inter-distrettuale;
 - curare l'aggiornamento periodico del servizio inviante circa l'evoluzione del caso preso in carico e l'adeguamento della relativa progettualità;
 - garantire l'attuazione delle procedure definite nei documenti tecnici di ciascuna linea di servizio;
 - garantire la qualità delle prestazioni erogate;
 - coordinarsi in sede UIM con i responsabili degli altri servizi inter-distrettuali in quei casi la cui gestione preveda l'attivazione contestuale di più servizi inter-distrettuali;
 - garantire il flusso informativo di monitoraggio verso il Coordinamento del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali (S.I.S.I.), stabilito in sede UIM, anche con obiettivi di sviluppo del servizio;
- c. viene individuata presso la UIM la sede del *Coordinamento tecnico del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali (S.I.S.I.)*, che sarà composto da:
 - i responsabili di ciascun servizio inter-distrettuale;
 - un referente tecnico del V Dipartimento;
 - un operatore tecnico di supporto, garantito dal V Dipartimento.
 Al suo interno verrà indicato un coordinatore con funzioni di raccordo organizzativo.
- d. il *Coordinamento tecnico del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali (S.I.S.I.)* avrà le seguenti funzioni:
 - garantire il raccordo tra le varie linee di servizio inter-distrettuali nella gestione dei casi che prevedano l'attivazione contestuale di più servizi inter-distrettuali;
 - definire le linee di formazione integrata da proporre ai responsabili delle Istituzioni co-titolari del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali (S.I.S.I.), a supporto della crescita qualitativa del S.I.S.I.;
 - garantire il monitoraggio periodico, quantitativo e qualitativo, dei servizi inter-distrettuali che compongono il S.I.S.I.; tale monitoraggio dovrà avere una cadenza bimestrale e l'operatore tecnico di supporto sarà responsabile dell'elaborazione del rapporto di monitoraggio;
 - garantire l'accesso informativo in tempo reale ai servizi invianti circa lo stato delle prese in carico in essere e le liste d'attesa per ciascun servizio inter-distrettuale;

Il grafico 1 descrive il processo di attivazione e erogazione dei servizi inter-distrettuali.

GRAFICO 1 – PROCESSO DI ATTIVAZIONE E EROGAZIONE DEI SERVIZI INTER-DISTRETTUALI



Come si può notare dall'osservazione del grafico 1, la centralità dell'azione resta in carico ai servizi territoriali, che sono titolari della progettazione sul caso. Ad essi compete la responsabilità progettuale al cui interno viene presa in considerazione l'opportunità o la necessità di attivare il servizio inter-distrettuale di secondo livello, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi individuati nella gestione del caso.

La richiesta di attivazione del servizio inter-distrettuale di secondo livello è indirizzata al responsabile del servizio che, secondo quanto indicato nei documenti tecnici di ciascuna linea di servizio, verifica la congruità della richiesta, indica l'operatore da impegnare nell'erogazione del servizio e attiva le modalità di confronto e programmazione tra questi e l'équipe territoriale. In questa prospettiva è strategico il ruolo del case manager espresso dai servizi territoriali. Il confronto tra operatore inter-distrettuale e équipe territoriale dovrà determinare gli obiettivi affidati al servizio inter-distrettuale nel quadro della progettazione complessiva sul caso. Le modalità e i tempi di erogazione del servizio dovranno essere coerenti con quanto definito a livello di documento tecnico e verificati dal responsabile del servizio inter-distrettuale.

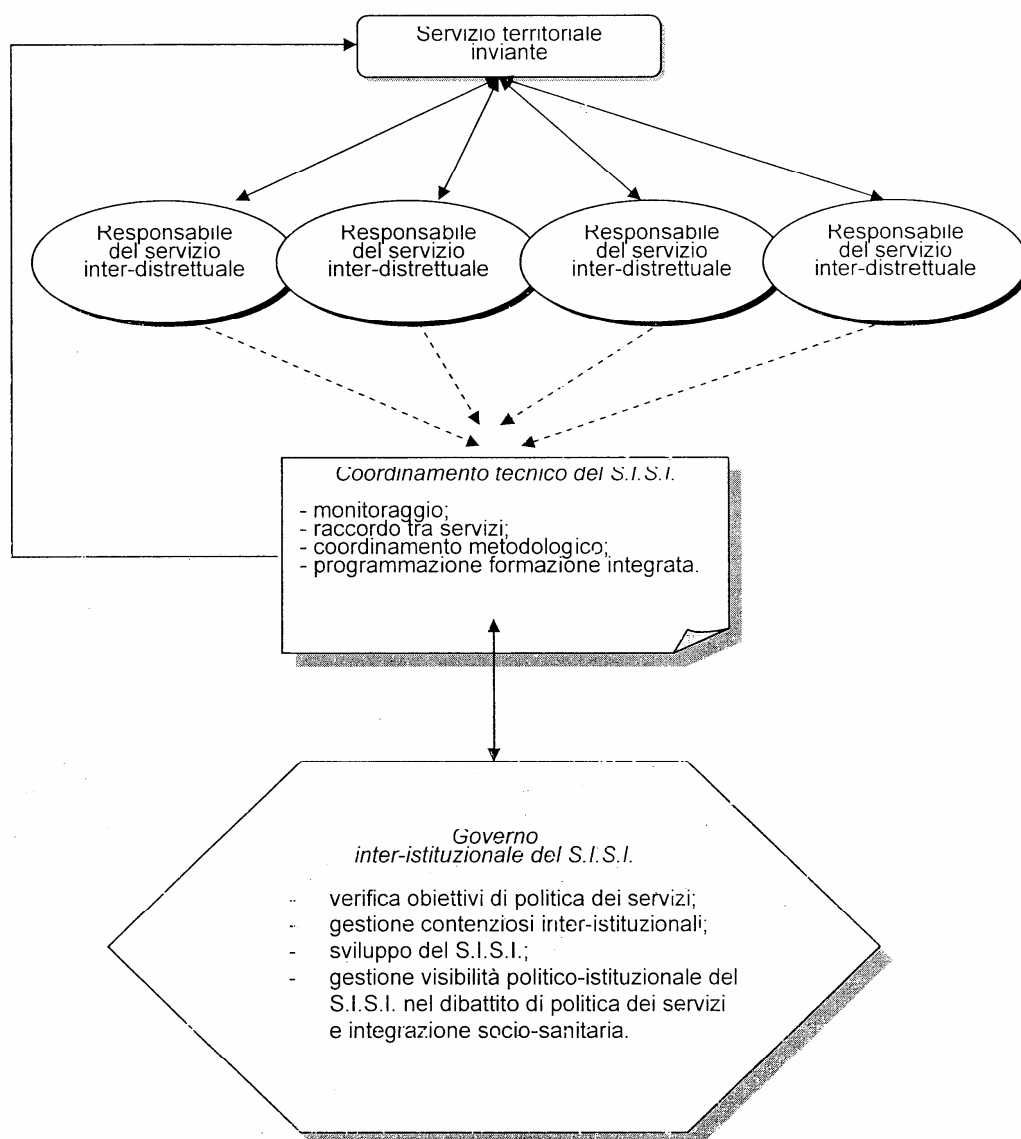
Come livello istituzionale di coordinamento, in sede di Conferenza Socio-Sanitaria territoriale è individuato il *Coordinamento Inter-istituzionale del Sistema Integrato di Servizi Inter-distrettuali (S.I.S.I.)*; tale Coordinamento è composto dai responsabili delle Istituzioni co-titolari del S.I.S.I. e avrà le seguenti funzioni:

- verificare la costante rispondenza del S.I.S.I. agli obiettivi di politica dei servizi concordati dalle Istituzioni co-titolari;
- gestire e risolvere gli eventuali contenziosi;
- definire le successive linee di sviluppo e implementazione del S.I.S.I., tenendo conto dell'andamento delle risorse economiche e di personale disponibili;

- programmare e validare le forme di esposizione pubblica del S.I.S.I. con riferimento alla diffusione della prassi e la partecipazione al dibattito locale, regionale e nazionale sulle politiche dei servizi e di integrazione socio-sanitaria.

Il grafico 2 rappresenta il processo di coordinamento del Sistema Integrato di Servizi Interdistrettuali.

GRAFICO 2 – PROCESSO DI COORDINAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI INTERDISTRETTUALI



Allegato al Piano Regolatore Sociale 2011-2015 - Interventi innovativi e buone prassi

2.4. Costi del Sistema Integrato di Servizi Interdistruttuali

ISTITUZIONE	SERVIZIO	VOCE DI COSTO	SVILUPPO DEI COSTI (LORDO)	TOTALE VOCE	TOTALE ISTITUZIONE
Municipio Roma 17	<i>Gestione del conflitto familiare</i>	2 psicologi-mediatori	2 p. x 16 h. x € 16,71 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 27.591,00	€ 27.591,00
Municipio Roma 18	<i>Gestione del conflitto familiare</i>	1 psicologo	1 p. x 16 h. x € 16,71 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 13.796,00	€ 37.664,00
	<i>Gestione del conflitto familiare</i> <i>Valutazione della genitorialità</i>	1 assistente sociale (personale dipendente) Pulizie, utenze e materiali di consumo	1 p. x 15 h. x € 22,62 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 17.508,00 € 6.360,00	
Municipio Roma 19	<i>Mediazione familiare</i>	2 mediatori familiari	2 p. x 16 h. x € 16,71 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 27.591,00	€ 41.381,00
	<i>Consulenza legale</i>	1 avvocato	1 p. x 6 h. x € 24,00 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 7.430,00	
	<i>Spese di gestione</i>	Pulizie, utenze e materiali di consumo	€ 340,00 x 12 mesi	€ 6.360,00	
Municipio Roma 20	<i>Gestione del conflitto familiare</i>	2 psicologi	2 p. x 16 h. x € 16,71 x 4,3 sett. x 12 mesi	€ 27.591,00	€ 27.591,00
Dipartimento V	<i>Spazi di incontro (incontri protetti)</i>	Servizio dell'Istituto Toniolo	Finanziamento legge 285/97	€ 90.000,00	€ 90.000,00
ASL R M E	<i>Mediazione familiare</i>	1 assistente sociale	1 p. x 16 h.	€ 19.988,00	€ 315.078,00
	<i>Diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità</i>	1 psicologo	1 p. x 20 h.	€ 34.320,00	
		Testis psicodiagnostici		€ 2.500,00	
	<i>Servizio di psicoterapia a famiglie e minori</i>	Pulizie, utenze e materiali di consumo		€ 2.000,00	
		1 psicologo	1 p. x 20 h.	€ 34.320,00	
	<i>Valutazione e trattamento dell'abuso</i>	Pulizie, utenze e materiali di consumo		€ 2.000,00	
		1 psicologo	1 p. x 24 h	€ 41.184,00	
		1 medico	1 p. x 38 h.	€ 80.502,00	
		1 assistente sociale	1 p. x 24 h.	€ 22.464,00	
		Adeguamento della sede		€ 47.000,00	
Arredi e attrezzature			€ 24.500,00		
	Pulizie, utenze e materiali di consumo		€ 2.500,00		
TOTALE COSTI				€ 539.305,00	

3. GESTIONE DEL CONFLITTO FAMILIARE: DOCUMENTO TECNICO

3.1. Definizione

Nel corso degli ultimi anni sono andate aumentando, da parte delle Autorità Giudiziarie, le richieste di intervento nelle situazioni relative alle separazioni conflittuali in coppie nelle quali sono presenti figli minori. Tali istanze si caratterizzano per la vasta gamma di tipologie di azione chieste al Servizio Sociale, che spaziano dallo svolgimento di indagini socio - ambientali, a richieste di valutazione del regime di affidamento più consono per il minore, alla proposta di regolamentazione del diritto di quest'ultimo di incontrare il genitore non convivente, ecc.. L'approccio con questi sistemi familiari fa emergere una importante complessità che diversifica l'intensità del conflitto, i modi di viverlo e le motivazioni sottese al conflitto stesso e che richiede quindi una sempre più intensa e mirata specificità di intervento.

Il "conflitto" è una componente naturale ed essenziale della vita, la dinamica interna dei processi di crescita e di trasformazione individuale e sociale passa obbligatoriamente attraverso i conflitti. Ovviamente il potenziale di crescita o di distruzione è funzione della modalità con cui vengono gestiti.

Al contrario la percezione comunemente diffusa del conflitto è che sia un evento negativo e distruttivo, sinonimo di competitività e di lotta, in cui vince chi riesce meglio ad affilare le armi e non si lascia intimidire.

In ragione di ciò, a seconda del tipo di persona che ne è coinvolta, o è agito con l'attacco, con una modalità prevaricatoria che posiziona l'altro immediatamente come nemico da cui difendersi e da sconfiggere, oppure viene negato, non visto, sfuggito. In tutti i casi la caratteristica di fondo è di non voler indagare sulle proprie responsabilità da un lato, e la paura di riconoscere o esplicitare il proprio bisogno, di mostrare la propria fragilità, dall'altro.

All'interno del Sistema di Servizi Interdistrettuali, che va inteso come sistema di servizi di secondo livello, con il termine "gestione del conflitto" si intende una azione professionale che interviene in quelle situazioni di conflitto della coppia che rischiano di compromettere la crescita psico-fisica dei figli. In tal senso il processo di gestione del conflitto tende a riportare la coppia in via di separazione alla centralità dell'azione genitoriale, ridefinendo la capacità individuale di riconoscere ed ordinare le aspettative, le priorità e gli interessi soggettivi. Il conflitto tra gli adulti nasce laddove il valore che ciascuno attribuisce al proprio vantaggio personale, invade lo spazio mentale ed affettivo che dovrebbe essere occupato dall'attenzione per il benessere dei figli. Ne deriva che la "gestione" di tale tensione tra differenti forze, viene *temporaneamente* assegnata a terzi - operatori sociali - che partendo dalla conoscenza delle singole situazioni degli utenti ed attraverso il lavoro sull'individuo e sulle dinamiche di coppia, tenta il riposizionamento dell'interesse primario del minore. Contestualmente gli operatori ascoltano e monitorano la condizione del minore stesso, acquisiscono elementi sul suo programma di vita e cercano di definire la qualità relazionale del rapporto genitori - figli, per proporre al Tribunale Minorile o Civile un possibile progetto di ripristino del contesto di vita più consono alle esigenze dei figli.

Tale definizione, però, sembra non comprendere un altro fenomeno che si correla ai contenziosi sempre più frequentemente. Dall'analisi delle situazioni conflittuali, infatti, si è avuto modo di rilevare l'aumento della presenza di problematicità che portano a dover ampliare le linee di intervento, uscendo così dalla trattazione del contenzioso "puro". Avviene, cioè, sempre più spesso che le separazioni conflittuali non siano solo caratterizzate dal bisogno di un coniuge di "vincere" sull'altro - quale indice della rabbia necessaria a reggere la perdita del progetto di vita in comune - ma celino la presenza di disagi di altra natura che trovano nel contenzioso il sintomo, la domanda visibile, la possibilità di accesso "consentibile" alle risorse di aiuto: genitori ancora

“gravemente figli” non svincolati dalla propria famiglia di origine, presenza di adulti psichiatrici o che presentano disturbi psichici, adulti tossicodipendenti/alcolodipendenti, adulti aggressivi/devianti ecc.. Tali complessità rendono necessario l’effettuazione di una valutazione strategica per decidere su “cosa” andare a lavorare: far rimanere il contenzioso sullo sfondo, come domanda espressa e concentrarsi maggiormente sulle problematiche correlate; oppure “utilizzare” il conflitto per giungere ad altre forme di intervento; od ancora operare congiuntamente – eventualmente con equipe multidisciplinari – sui diversi aspetti della questione.

3.2. Obiettivi

- Attivare dei processi di aiuto per il miglioramento delle funzioni genitoriali e della comunicazione tra i diversi soggetti coinvolti (coppia – minori – altre figure parentali).
- Sostenere la coppia genitoriale nel contenere la sofferenza dovuta alla separazione coniugale o di fatto, attivando interventi mirati a limitare il conflitto su punti specifici, e sulla valorizzazione delle risorse del soggetto.
- Aiutare i genitori a recuperare le capacità di valutazione della realtà, di percezione delle concrete esigenze dei figli, della loro sofferenza interiore, che, molto spesso, hanno tralasciato o negato, a causa del conflitto derivante dalla separazione e/o dal divorzio.
- Cercare di ristabilire un livello di comunicazione minimo a garantire il rispetto del ruolo educativo di entrambi i genitori
- Laddove anche il livello minimo di comunicazione non sia raggiungibile, dare indicazioni al servizio inviante sulle linee di indirizzo per la tutela del minore.

3.3. Beneficiari

- Coppie con figli minori in corso di separazione e/o di divorzio, con evidente conflittualità interna.
- Nuclei familiari allargati (genitori, figli minori, figure parentali conviventi e non) in cui è evidente la presenza di gravi problematiche sociali, relazionali ed economiche.
- Minori segnalati dall’Autorità Giudiziaria e/o seguiti dai servizi territoriali, che mostrano un grave disagio psico-fisico, a seguito della presenza di una alta conflittualità familiare.

3.4. Criteri di accesso al servizio

Di norma, parte dei contenziosi genitoriali riescono ad essere gestiti e contenuti direttamente dai Servizi territoriali attraverso un lavoro mirato e circoscritto nel tempo. Altre volte, invece, la profondità del dissidio è tale da rendere necessari interventi più prolungati e complessi. Tenendo conto di questa differenziazione il Servizio Interdistrettuale interverrà solo nei casi nei quali il Servizio territoriale, svolta l’indagine socio – ambientale e rilevata l’esistenza di una grave conflittualità o, a seguito della presa in carico, la persistenza della stessa, ritiene necessario l’invio al Servizio Interdistrettuale (la distinzione tra esistenza e persistenza nasce dal fatto che spesso nelle richieste del T.M. non è esplicitata la specificità dell’intervento, che invece è chiara con le sentenze emesse dal T.O.).

3.5. Modalità di accesso al servizio

L'équipe territoriale che segue il caso, se rispondente ai *criteri di accesso* di cui alla sezione precedente, chiede al coordinatore di tale linea di attività, l'attivazione dell'intervento mediante la scheda sintetica di presentazione della situazione ed un incontro di presentazione. La richiesta ritenuta congrua viene inserita nella lista della presa in carico. Conseguentemente viene indicato da parte del coordinatore, il tempo necessario per svolgere l'azione richiesta e l'eventuale tempo di attesa.

3.6. Procedure

1. Incontro con il servizio inviante, che resta titolare del caso per tutta la durata dell'intervento, per la presentazione della situazione e la definizione delle modalità di invio della coppia dal Servizio territoriale al Servizio Interdistrettuale. Tali modalità possono essere diversificate e definite in base alla singolarità della situazione.
2. Entro i primi 3 incontri l'équipe interdistrettuale indicherà i tempi ipotizzati per l'attuazione dell'intervento.
3. Programmazione di incontri periodici di verifica con il servizio inviante.
4. Invio di relazioni al Servizio territoriale inviante, che le utilizzerà per quanto di competenza.

3.7. Tempi di attuazione dell'intervento

La valutazione di fattibilità dell'intervento relativo alla gestione del conflitto e la programmazione della sua attuazione dovranno tener conto di un tempo massimo di svolgimento di 12 mesi. Tale vincolo temporale deve essere considerato come indice medio necessario alla programmazione e coordinamento del servizio. La necessità di superare tale tempo medio nella gestione di un caso dovrà essere motivata con relazione tecnica all'attenzione del responsabile del servizio interdistrettuale.

3.8. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento del Servizio Interdistrettuale di Gestione del Conflitto Familiare è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale del Municipio Roma 18 professionalmente competente nella materia.

La Responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nella equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale dedicato a tale servizio, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM.

3.9. Sedi

Gli incontri per la gestione del conflitto vengono attivati presso sedi attrezzate messe a disposizione dal Municipio Roma 18.

4. MEDIAZIONE FAMILIARE: DOCUMENTO TECNICO

4.1. Definizione

La mediazione familiare è un'attività che non solo favorisce il raggiungimento di accordi, ma anche il rilancio del "patto coniugale" oltre la sua fine, e si configura come

strumento prezioso per aiutare le persone a salvaguardare la propria genitorialità ed integrità.

La mediazione familiare intende sostenere e facilitare la coppia a trovare un "programma di separazione", negoziando e raggiungendo accordi. Per fare ciò è necessaria una componente fondamentale che diventa essa stessa scopo da perseguire: **una comunicazione efficace**.

Si tratta di un percorso grazie al quale, in uno spazio e un tempo definiti, i genitori, con l'aiuto di un mediatore, hanno la possibilità di ridefinire e sperimentare diverse e rinnovate modalità relazionali, comunicative ed organizzative che permettano di trovare accordi funzionali al benessere dei figli, attraverso la concreta e costante condivisione dei compiti genitoriali.

Il percorso di mediazione rappresenta una valida alternativa alla tradizionale via giudiziaria

La Mediazione Familiare viene proposta adottando un modello *psico-sociale* che prende in considerazione non solo la coppia in difficoltà, ma l'intera famiglia che si separa, con particolare attenzione alla salvaguardia dell'interesse dei figli. Tale modello, nel privilegiare interventi di superamento del conflitto, mira a restituire ad ognuno dei componenti del gruppo familiare una progettualità adeguata ai bisogni della specifica fase del ciclo di vita.

4.2. Obiettivi

- aiutare i coniugi o la coppia in via di separazione, già separata o divorziata, a trovare accordi "mutualmente soddisfacenti" per entrambi su ogni aspetto della separazione (affidamento dei figli, calendario delle visite, aspetti economici e patrimoniali), secondo uno stile collaborativo. Soltanto in questo modo, infatti, le parti saranno interessate a rispettare gli accordi nel tempo;
- offrire uno spazio neutro di dialogo e confronto costruttivo; migliorare l'intesa e la comprensione, ristabilire un canale di comunicazione (magari interrotto da anni), promuovere un dialogo costruttivo e chiaro fra gli adulti in vista di una collaborazione futura come genitori;
- coadiuvare i cambiamenti emotivi, psicologici, pragmatici ed organizzativi che accompagnano la separazione;
- aiutare a prevenire la sofferenza generale provocata dalla crisi coniugale o di coppia, ed evitare che la stessa sfoci in una conflittualità dannosa e distruttiva;
- tutelare il benessere e i diritti dei minori coinvolti;
- permettere un notevole risparmio dei costi del divorzio, sia dal punto di vista psicologico, sia da quello economico
- aiutare la coppia che si separa a rimanere unita nell'esercizio della funzione genitoriale per una crescita sana ed equilibrata dei figli;
- aiutare a non patologizzare il divorzio;
- "umanizzare il divorzio". Da un punto di vista psicologico, infatti, la capacità di separarsi civilmente rappresenta il modo migliore per dirsi addio e per chiudere in positivo e dignitosamente un capitolo della propria vita. E per continuare entrambi ad essere protagonisti, anche se da lontano, della crescita dei propri figli: ci si può separare come coniugi o coppia affettiva, ma non ci si può mai separare dal proprio ruolo di genitori;

- sostenere il rispetto fra i genitori;
- utilizzare la mediazione anche in situazioni di conflittualità non legate a separazione e/o divorzio.

4.3. Destinatari

Genitori separati o in via di separazione con figli minori, o coppie in conflitto:

- coniugi che hanno deciso di porre fine al proprio matrimonio o coppie affettive che hanno deciso di rompere il legame
- coppie che stanno pensando di farlo
- coppie in crisi indecise sul da farsi
- coppie già divorziate che intendono rivedere i propri accordi

Si può prevedere la presenza dei figli in specifiche situazioni e con il consenso dei genitori.

Nella sua definizione rigorosa la mediazione familiare si rivolge ai coniugi che hanno deciso di separarsi: il mediatore, figura imparziale e qualificata, ha il compito di guidare il processo di elaborazione degli accordi di separazione, chiarendo le posizioni, i desideri, le aspettative ed i diritti delle parti, aiutandole a trovare valide alternative ed a superare le impasse di un irrigidimento nella comunicazione e nella negoziazione. Spesso, tuttavia, il mediatore si trova di fronte a coppie indecise e dubbiose sul da farsi, a coniugi che data la situazione di alta crisi che stanno vivendo sono insicuri di sé e del proprio futuro: in questo caso, allora, prima di iniziare il processo di mediazione vero e proprio il mediatore struttura alcuni incontri in cui la coppia viene stimolata a lavorare e a riflettere sul futuro, sulle opzioni disponibili e sulla via da seguire.

La mediazione familiare non è necessariamente rivolta alle coppie che hanno già deciso di separarsi: in quanto servizio di aiuto in caso di conflittualità familiare, possono recarsi dal mediatore tutti coloro che vivono una situazione di conflitto in famiglia e che sentono il bisogno di trovare uno spazio neutro in cui confrontarsi per chiarire la propria posizione, le proprie idee, o ritrovare un proprio ruolo coniugale o genitoriale corroso dal tempo o da situazioni conflittuali.

4.4. Criteri di accesso

- Casi in cui vi è un invio diretto da parte dell’Autorità Giudiziaria
- Casi in cui vi è un invio per una consultazione dal Servizio Territoriale di I livello che segue il nucleo familiare
- Accessi spontanei mediante le reti territoriali di I e II livello afferenti al quadrante

4.5. Modalità di accesso

In base ai parametri contenuti nei “criteri di accesso” il Coordinatore di tale linea di attività dovrà elaborare il modulo di richiesta di valutazione per la presa in carico adottando le seguenti linee di comportamento:

1. nei casi di invio diretto dell’Autorità Giudiziaria, dovrà essere acquisita la relativa ordinanza
2. nei casi di invio per una consultazione da parte del Servizio territoriale di I livello, dovrà essere allegata la relazione sulla storia del caso, nel quale viene esplicitato il percorso svolto e che motiva l’invio

3. nei casi di un accesso spontaneo, dovrà essere acquisita dalla coppia, o dal singolo adulto che richiede l'intervento, la motivazione e la eventuale documentazione occorrente (ordinanza e/o decreto di separazione o divorzio)

4.6. Il setting della mediazione familiare

La mediazione familiare si struttura in una serie di incontri (da un minimo di 3 ad un massimo di 10/12 incontri).

Il fine è di redigere, attraverso un percorso di negoziazioni a tappe, un documento di accordo che i coniugi presenteranno poi al giudice per la necessaria ratifica ufficiale.

Il mediatore è un terzo soggetto imparziale, equidistante e professionalmente preparato che aiuta la coppia a stabilire una comunicazione costruttiva ed efficace.

La figura del mediatore serve ad evitare che la coppia corra il rischio di venire schiacciata dalla crisi. Egli è responsabile del processo di negoziazione: ha il compito di guidarlo, dirigerlo ed evitarne le insidie e le cadute nel vuoto; raramente interviene nei contenuti, di esclusiva competenza dei protagonisti, cioè della coppia. L'imparzialità del mediatore implica che egli non parteggi per l'uno o per l'altro adulto della coppia, ma si limita a controllare che il processo di negoziazione si svolga in maniera corretta, evitando il più possibile sbilanciamenti o abusi di potere da parte di una delle due parti.

L'intervento di mediazione familiare si divide, pertanto, in due fasi:

1) *Fase di pre-mediazione-consultazione* (da 1 a 3 incontri) serve per:

- chiarire la situazione familiare generale, ed individuare gli specifici problemi da affrontare;
- stabilire se la coppia è mediabile, ovverosia se esistono le condizioni di base minime per poter intraprendere insieme un percorso di mediazione. Si tratta quindi di escludere che all'interno della coppia si verifichino gravi episodi di violenza, problemi di alcolismo e di tossicodipendenza, o che uno dei due coniugi soffra di malattie mentali;
- verificare che esista da entrambe le parti la reale volontà di giungere ad accordi;
- stabilire se la conflittualità, qualora esistente, possa essere contenuta o trasformata positivamente;
- costruire un tavolo di mediazioni necessario per poter passare alla 2nda fase, quella delle negoziazioni vere e proprie.

2) *Fase di mediazione* (da 8 a 10 incontri) :

E' la fase durante la quale i genitori o la coppia in via di separazione negoziano con l'aiuto del mediatore gli accordi su tutti gli aspetti coinvolti nella riorganizzazione familiare:

- dall'affidamento dei minori alla casa di famiglia,
- dall'orario delle visite del genitore non affidatario all'ammontare dell'assegno di mantenimento, fino alle eventuali divisioni patrimoniali.

In mediazione si opera in modo abbastanza autonomo rispetto al sistema giudiziario, nel senso che pur nel rispetto del sistema legale vigente, i coniugi passano al vaglio un'ampia gamma di opzioni che includono anche quelle alternative ai paradigmi e agli stereotipi normativi tradizionali.

In mediazione si cerca di trovare accordi che non avvantaggino nessuno, ma che siano soddisfacenti per entrambe le parti. Questo risultato può essere ottenuto soltanto attraverso l'invito del mediatore a superare la rigidità delle posizioni preconcepite per soffermarsi sui reali interessi delle parti, che spesso scoprono di avere interessi comuni sottostanti a rigide prese di posizione oppostive.

4.7. Cadenza e durata dell'incontro di mediazione familiare

L'incontro è a cadenza settimanale.

Ha una durata di un'ora, per consentire ai due genitori o alla coppia di esporre le questioni con equità di tempo a disposizione.

4.8. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento del Servizio Interdistrettuale di Mediazione Familiare è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale del Municipio Roma 19 professionalmente competente nella materia.

La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nella equa ed adeguata assegnazione dei casi incarico al personale dedicato a tale servizio, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM.

Funzionalmente risponde al Coordinamento Tecnico UIM; operativamente risponde al responsabile della propria struttura Municipale di appartenenza.

4.9. Sedi

Gli incontri di Pre-mediazione e di Mediazione Familiare vengono attivati presso sedi attrezzate messe a disposizione dal Municipio Roma 19

5. SPAZIO DI INCONTRO E INCONTRI PROTETTI: DOCUMENTO TECNICO

5.1. Definizione

Gli incontri protetti sono un servizio di appoggio e di tutela nei confronti del bambino e si propongono di rispondere al suo bisogno di veder salvaguardata la relazione con entrambi i genitori e i legami che ne derivano.

Il servizio si fa carico quindi, di tutelare l'interesse del minore in situazione di frattura della continuità familiare, nel tentativo di sostenerlo nel ruolo di figlio e di permettergli di conservare il senso e la continuità della sua storia.

Lo spazio protetto si configura quindi come un contenitore qualificato, in un tempo definito; è un luogo terzo che non appartiene a nessuno dei contendenti.

Attraverso lo Spazio di Incontro e Incontri Protetti si cerca di favorire il rapporto tra genitori naturali e figli nei casi in cui gravi fratture abbiano causato l'allontanamento dei bambini da casa.

In particolare, si tratta di minori separati dai genitori, che possono aver subito traumi o violenze o di bambini che stanno per rientrare in famiglia dopo un periodo di allontanamento su indicazione dell'autorità giudiziaria.

È un servizio flessibile e specifico atto a rispondere alle singolarità e irripetibilità delle diverse esigenze dei singoli soggetti coinvolti.

Gli operatori impegnati in tale servizio sono adeguatamente formati ed hanno la funzione di sostegno emotivo del bambino nel facilitare le condizioni di un incontro positivo con i propri genitori privilegiando, a seconda situazione, la tutela, l'osservazione e il supporto.

5.2. Obiettivi

- ✦ “Far incontrare” il bambino e il/i suo/suoi genitore/genitori per riprendere una comunicazione ed una relazione interrotta.
- ✦ Garantire al minore allontanato dalla propria famiglia o dal genitore non affidatario, di mantenere i rapporti con gli stessi in una situazione protetta.

- ⚡ Creare le condizioni favorevoli perché la relazione si ristabilisca, là dove la coppia coniugale è venuta a mancare e non venga perduto il ruolo educativo e affettivo della coppia genitoriale. Per le situazioni di genitori in condizione di grave patologia o devianza, l'intervento è finalizzato ad ottenere il rispetto della prescrizione che permette la visita e quindi il mantenimento della relazione.

5.3. Beneficiari dell'intervento

- I minori: il principale beneficiario di questo Servizio è il minore;
- i genitori che per diversi motivi sono stati allontanati dal minore;
- la famiglia allargata;
- la famiglia affidataria: nel caso in cui il bambino viene affidato ad un'altra famiglia. Soprattutto nella fase iniziale, è importante offrire uno spazio e un adeguato contenimento affinché il minore possa incontrare la propria famiglia d'origine in una situazione protetta.

La richiesta di attivazione degli interventi nei casi di affido può essere avanzata unicamente dal "Centro comunale Pollicino" e solo per alcune specifiche situazioni che non possono essere accolte negli spazi protetti gestiti dal Centro stesso.

Il contesto degli interventi ha per la gran parte delle situazioni una connotazione coatta, perché è quasi sempre presente la prescrizione dei servizi o del Tribunale.

5.3. Criteri di accesso

1. Casi in cui la Magistratura abbia adottato provvedimenti protettivi temporanei allontanando i bambini dalla famiglia. In tale condizione gli incontri protetti sono necessari per garantire il diritto di visita e sono utili a raccogliere le informazioni necessarie alla valutazione di recuperabilità delle funzioni genitoriali.
2. Casi in cui il bambino è affidato ad un solo genitore con il mantenimento del diritto di visita per il genitore non affidatario.
3. Casi di assenza protratta di un genitore in assenza di provvedimenti restrittivi di potestà genitoriale.
4. Casi di bambini collocati presso la famiglia allargata (nonni, zii) o in affidamento etero familiare o collocati in Casa famiglia. In tali situazioni la necessità di un incontro in spazio protetto può derivare dalla necessità di diversificare i contesti da quelli familiari, da una possibile pericolosità del genitore, dall'esigenza della presenza di operatori qualificati per uno spazio di accoglienza e cura.

L'ambito dell'intervento è definito da minori appartenenti ad un contesto socio-relazionale multiproblematico (discordia, incuria, sospetti maltrattamenti, tossicodipendenza o patologia psichiatrica del genitore, estrema conflittualità di coppia) in cui quindi uno o entrambi i genitori hanno agito volontariamente o involontariamente un comportamento dannoso nei confronti del proprio figlio.

L'indicazione per usufruire di questo servizio viene dalla Magistratura Minorile, dal Tribunale Ordinario e dai Servizi Sociali Territoriali.

5.4. Modalità di accesso

L'équipe territoriale che segue il caso, se rispondente ai *criteri di accesso* di cui alla sezione precedente, richiede al coordinatore di tale linea di attività l'attivazione di incontri in spazio di incontro o protetto mediante modulo con allegata relazione sulla storia del caso, cui seguirà un incontro di presentazione e, se la richiesta viene ritenuta

congrua, inserita nella lista della presa in carico. Conseguentemente viene indicato da parte del coordinatore, il tempo necessario per svolgere l'azione richiesta e l'eventuale tempo di attesa.

5.5. Procedure

A) Gamma degli interventi da attuare:

conoscenza, osservazione educativa e psicologica del bambino per valutare le difficoltà e le risorse del bambino in relazione al progetto da attuare;

conoscenza e osservazione educativa e psicologica dei genitori in relazione ai problemi emersi ed allo stato psicologico individuale e della coppia;

tutela, supporto educativo e psicologico al bambino per facilitare la presenza dello stesso agli incontri, seppur di fronte a dinamiche relazionali complesse ed in presenza di affetti ed emozioni non sempre facilmente sostenibili.

Supporto educativo e psicologico ai genitori. È bene ricordare, infatti, che l'intervento si sviluppa a partire da un atto ingiuntivo, o in presenza di un elevato grado di conflittualità, e che i genitori non riconoscono di aver bisogno di aiuto.

Il lavoro dello spazio protetto per essere efficace si inserisce in una presa in carico sociale e terapeutica più ampia ed in un progetto elaborato dai Servizi territoriali, organizzato e verificato in rete. In assenza di tali interventi nel contesto delle famiglie multiproblematiche è impossibile programmare incontri protetti di lunga durata perché questi risulterebbero rischiosi o perfino dannosi sia per il bambino che per i genitori.

B) Fasi dell'intervento:

1) Fase di preparazione del contesto

- incontri di rete con i servizi inviati, in cui avviene la presentazione della situazione e si valuta, sulla base delle conoscenze e valutazioni disponibili l'opportunità di attivare gli incontri protetti;
- definizione degli obiettivi (generali e specifici) e dei tempi dell'intervento;

2) Fase preliminare di conoscenza con fini valutativi

- colloqui preliminari di conoscenza con gli adulti coinvolti (condivisione delle limitazioni e dei vincoli posti, accertamento dell'esistenza di serie limitazioni alla possibile attivazione degli incontri e di resistenze ad effettuare un percorso di mantenimento e/o ricostruzione del legame affettivo in un ambito terapeutico);
- incontri di conoscenza con il minore (costruzione di un senso di fiducia reciproca che permetta al bambino di parlare senza sentire di tradire coloro che ama e di non sentirsi responsabile della propria storia relazionale e familiare);
- valutazione psicologica del bambino;
- incontri protetti preliminari di conoscenza e ambientamento (n°4) per valutare la fattibilità del percorso anche in relazione agli obiettivi generali;

3) Fase di definizione del piano operativo

- eventuale ridefinizione degli obiettivi e impostazione del piano operativo in rete (tempi, frequenza e durata degli incontri) del contratto relativo a "regole", obiettivi e tempi;
- condivisione del contratto e delle regole del "setting" con i genitori.

Tempo complessivo previsto per le fasi 2 e 3: 2-3 mesi

Operatori previsti: assistente sociale, educatore, psicologo.

4) Fase di attuazione

Interventi previsti:

- incontri in spazio di incontro o protetto alla presenza di un operatore;
- colloqui psicologici a valenza terapeutica con ciascun genitore a frequenza quindicinale. Ove possibile e necessario vanno previsti colloqui di coppia al fine di un intervento di mediazione terapeutica;
- colloqui educativi o psicologici a valenza terapeutica con il bambino, a seconda delle necessità;

La fase viene implementata sulla base del piano operativo.

5) Monitoraggio sull'andamento degli incontri

- valutazioni *in itinere dell'equipe che effettua gli incontri e dei servizi in rete.*

6) Fase di valutazione finale

Interventi previsti:

- Riunione di equipe;
- restituzione ai Servizi: Riunione di rete;
- restituzione agli utenti: sia da parte del Servizio Inter-distrettuale che del Servizio territoriale inviante (la modalità di tale restituzione sarà concordata di volta in volta tra il Servizio Inter-distrettuale e il Servizio territoriale inviante).

Tempo previsto complessivamente per le fasi 4, 5 e 6: 9-10 mesi incontro protetto a frequenza settimanale della durata di una o due ore.

Operatori previsti educatore psicologo

7) Eventuale nuovo piano operativo

In generale nel contesto delle famiglie multiproblematiche la durata del trattamento deve avere una certa flessibilità in funzione delle condizioni di partenza e degli obiettivi realisticamente raggiungibili. In base all'esperienza la durata degli incontri in spazio protetto devono essere di almeno un anno per avere una minima efficacia terapeutica. Qualora i servizi lo ritengano necessario, può essere attivato, in base alla ridefinizione in rete di un nuovo piano operativo, un secondo ciclo di incontri in spazio protetto.

5.6. Metodologia

Il focus è posto sul bisogno del bambino di veder salvaguardata la relazione affettiva ed educativa con entrambi i genitori.

La centralità sull'interesse del bambino significa quindi valutare attentamente le condizioni emotive, affettive e cognitive del bambino.

È necessaria inoltre un'attenta valutazione delle risorse che progressivamente emergono nel bambino e negli adulti significativi, valutazione che viene utilizzata come la base su cui si ridefiniscono strategie e obiettivi dell'intervento stesso.

L'obiettivo finale si modula e si puntualizza attraverso la conoscenza di quel bambino e degli adulti significativi pur nella corretta applicazione del mandato istituzionale, del decreto e della sentenza.

L'intervento in spazio protetto è gestito da tre operatori del Servizio Inter-distrettuale con diversi ruoli, competenze e funzioni:

- ✦ *assistente sociale* con compiti di mediazione familiare non terapeutica e compartecipazione alla rete;
- ✦ *psicologo-psicoterapeuta* con compiti di valutazione delle condizioni psicologiche degli attori coinvolti e delle dinamiche relazionali, di supporto psicologico alla genitorialità, di analisi dei fattori personali e contestuali di ostacolo alla ricostruzione della relazione;
- ✦ *educatore* con compiti di gestione dell'incontro, di protezione del minore, di incoraggiamento e supporto dei genitori, di gestione delle situazioni

problematiche che si verificano nell'incontro. Ha il compito altresì di ridiscutere con ciascun genitore gli eventi relazionali di ogni incontro specificando tra l'altro i bisogni emotivi del bambino e gli affetti manifestati.

Almeno un operatore deve essere sempre presente, salvo eccezioni (a volte, strategicamente e con precise finalità, si può programmare che gli operatori, per un tempo definito, non siano presenti all'interno della stanza dell'I.P.)

Gli operatori che gestiscono lo *spazio* costituiscono l'equipe terapeutica coadiuvati in questo da un supervisore (psicologo-psicoterapeuta).

È necessario che l'equipe abbia formazioni complementari che riguardino l'età evolutiva ed il lavoro con le famiglie.

5.7. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento del Servizio Interdistrettuale di Spazio di incontro e protetto è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale ASL RME professionalmente competente nella materia. La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nell'equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale dedicato a tale servizio, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM.

5.8. Sedi

Gli incontri in spazio protetto vengono attivati presso la sede del Centro Madre Bambino dell'Istituto Toniolo all'interno di locali attrezzati per attività ludico-educative. In alcune situazioni l'osservazione delle dinamiche genitori-figli può essere effettuata attraverso lo specchio monodirezionale di cui è dotata la struttura.

Il Centro è collocato in locali attigui al Consultorio familiare dell'Istituto di Studi Superiori G. Toniolo di cui fa parte.

6. CONSULENZA LEGALE: DOCUMENTO TECNICO

6.1. Definizione

Si tratta di un servizio di informazione, orientamento e consulenza in merito a tematiche di natura legale pertinenti in diritto di famiglia e minorile.

6.2. Obiettivi

- ↓ Fornire agli utenti informazioni e cognizioni su aspetti attinenti al diritto in generale ed al diritto di famiglia in particolare, negli aspetti teorici e nelle implicazioni pratiche
- ↓ Orientare i cittadini nella fruizione di servizi legali gratuiti (gratuito patrocinio, patronati, associazioni. Ecc.)
- ↓ Orientare su diritti e doveri di ogni membro della famiglia
- ↓ Offrire consulenza legale nell'ottica della mediazione familiare finalizzata a tutelare tutti i membri coinvolti (coppia, figli, altri membri)
- ↓ Fornire agli operatori sociali un orientamento giuridico-legale nell'espletamento dei loro compiti istituzionali.

6.3. Ambiti di intervento del consulente legale

Il consulente potrà fornire:

- ✦ una guida per gli utenti per affrontare questioni legate alla genitorialità (tutela, affidamento, mantenimento dei figli in costanza di matrimonio o di convivenza)
- ✦ una guida legale in merito ai conflitti di coppia personali e patrimoniali (separazione, divorzio, convivenza, divisione dei beni, etc.)
- ✦ una indispensabile guida alla normativa che le leggi italiane prevedono, esponendo eventuali risvolti ed oneri che possano derivare da ogni scelta

La consulenza legale si configura anche come risorsa per gli interventi specifici di mediazione familiare nelle diverse fasi dei procedimenti giuridici in corso o come azione di completamento ed informazione per le altre attività del Servizio Interdistrettuale

6.4. Destinatari

- ✦ Gli utenti fruitori del servizio di Mediazione Familiare
- ✦ Gli utenti fruitori delle altre attività del Servizio Interdistrettuale
- ✦ Gli operatori dei Servizi Territoriali che necessitano di consulenza legale
- ✦ I cittadini inviati dai servizi territoriali di I e II livello che necessitano di consulenza legale

6.5. Criteri di accesso

- ✦ Casi in cui vi sia una richiesta di consulenza e/o di intervento diretto espressa dagli operatori Servizio di Mediazione Familiare
- ✦ Casi in cui vi sia una richiesta di consulenza e/o di intervento diretto espressa dagli operatori delle altre aree del Sistema Integrato dei Servizi
- ✦ Casi in cui vi sia una richiesta di consulenza giuridica espressa dagli operatori dei Servizi territoriali di I Livello
- ✦ Casi di “invio spontaneo” per una richiesta di consulenza legale negli gli ambiti di intervento del consulente legale

6.6. Modalità di accesso

In base ai parametri contenuti nei “criteri di accesso” il Coordinatore di tale linea di attività dovrà elaborare il modulo di richiesta di valutazione per la presa in carico seguendo i parametri di priorità che riterrà più congrui ed urgenti in base alle richieste e, comunque, privilegiando nell’ordine:

- ✦ quelle che verranno dagli operatori del Servizio di Mediazione Familiare
- ✦ quelle che verranno dagli altri servizi del Sistema Integrato

6.7. Responsabilità

La responsabilità dell’andamento del Servizio Interdistrettuale di Consulenza Legale è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale del Municipio Roma 20 professionalmente competente nella materia.

La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, secondo i parametri descritti nelle modalità di accesso, nell’aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM.

Funzionalmente risponde al Coordinamento Tecnico UIM; operativamente risponde al responsabile della propria struttura Municipale di appartenenza.

6.8. Sede

L'attività di Consulenza Legale verrà attivata presso una sede attrezzata messa a disposizione dal Municipio Roma 19.

6.9. Orario di attività ed apertura

n. 6 ore settimanali da suddividersi in due pomeriggi settimanali od in 1 pomeriggio, secondo le necessità espresse.

7. DIAGNOSTICA PSICOLOGICA E VALUTAZIONE DELLA GENITORIALITÀ: DOCUMENTO TECNICO

7.1. Definizione

Le famiglie che versano in situazione di particolare disagio psicologico o che sono notevolmente disturbate nelle relazioni, richiedono interventi complessi che possono essere progettati validamente solo se si conoscono in maniera sufficientemente approfondita gli elementi di rischio in ciascuno dei componenti e gli elementi protettivi su cui contare e far leva nella progettazione degli eventuali interventi a supporto del nucleo.

È evidente che l'accuratezza e completezza di tali dati consentono una prognosi più precisa dell'evoluzione della situazione familiare in esame.

Normalmente l'equipe socio-sanitaria territoriale effettua un'indagine socio-ambientale e familiare in grado di consentire l'implementazione di un percorso assistenziale adeguato, ma in determinate situazioni complesse, come alcune che spesso vengono segnalate dall'Autorità Giudiziaria, è richiesta una specifica ed approfondita valutazione psicodiagnostica del minore e dei rispettivi genitori che metta in luce la qualità e quindi anche l'eventuale distorsione delle relazioni tra i genitori ed i figli. Per questi motivi si è ritenuto opportuno identificare una specifica équipe interdistrettuale in grado di assicurare tali approfondimenti diagnostici.

Nel ribadire, pertanto, che gli interventi psicologici e psicodiagnostici sono di norma eseguiti in sede di servizio territoriale, l'accesso al servizio interdistrettuale osserva le seguenti indicazioni e priorità.

7.2. Criteri di accesso

1. Casi in cui la Magistratura richieda un approfondimento psicologico su minori e contestuale valutazione della genitorialità in caso di sospetto disturbo o psicopatologia di uno o entrambi le figure genitoriali;
2. Casi multiproblematici nei quali i servizi territoriali, alla luce degli elementi raccolti nella valutazione del caso, necessitino di un ulteriore specifico approfondimento per la definizione di un progetto mirato a favore del minore o della famiglia;
3. Casi in cui, nel corso della loro gestione, si valuta come facilitante nella relazione tra servizio territoriale ed utente il coinvolgimento di una risorsa specialistica "terza" tra le parti al fine di consentire la ridefinizione dei rapporti tra di loro ed una più approfondita valutazione della genitorialità.

7.3. Modalità di accesso

L'équipe territoriale che segue il caso, se rispondente ai *criteri di accesso* di cui alla sezione precedente, richiede al coordinatore di tale linea di attività l'intervento

diagnostico-valutativo mediante apposito modulo con allegata relazione sulla storia del caso, cui seguirà un incontro di presentazione e, se la richiesta viene ritenuta congrua, inserita nella lista della presa in carico. Conseguentemente viene dichiarata da parte del coordinatore, il tempo necessario per svolgere l'azione richiesta e l'eventuale tempo di attesa.

7.4. Procedure

- A. Qualora la richiesta preveda un valutazione specialistica della personalità di uno o entrambi i genitori, l'intervento prevede l'effettuazione di:
1. incontri psico-diagnostici comprendenti anche la somministrazione di test, di livello e/o di personalità (WAIS, MMPI, Rorschach, Wartegg, ...);
 2. Incontri con il servizio territoriale (da 1 a 3);
 3. Redazione scritta di una sintesi diagnostica sulle dimensioni psicologiche esaminate, comprendente elementi prognostici ed eventuali indicazioni terapeutiche;
 4. Restituzione alle parti ed al servizio richiedente della sintesi valutativa effettuata.
- B. Nel caso venga richiesta una specifica valutazione della relazione genitori/figli, agli interventi di cui al punto A si aggiungono 1-2 incontri con il minore e ciascun genitore (ed eventualmente una visita domiciliare per valutare l'interazione nell'ambito naturale di vita del bambino).
- C. Qualora venga richiesta soltanto una valutazione psicologica su minori, l'intervento prevede, di norma, i seguenti passaggi:
1. Colloquio con il genitore affidatario, o entrambi;
 2. N.3-4 colloqui (o sedute di gioco) con ciascun minore, singolarmente e/o con il genitore, con applicazione di test grafici e proiettivi;
 3. Incontri con il servizio territoriale (da 1 a 3);
 4. Indagine socio-ambientale sul contesto di vita del minore;
 5. Redazione scritta di una sintesi diagnostica sulle dimensioni psicologiche esaminate, comprendente elementi prognostici ed eventuali indicazioni terapeutiche;
 6. Restituzione alle parti ed al servizio richiedente della sintesi valutativa effettuata.

7.5. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento della linea di servizio interdistrettuale di Diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità è attribuita ad un Coordinatore, individuato tra il personale ASL RME professionalmente competente nella materia. La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nell'equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale dedicato a tale servizio, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM. Funzionalmente risponde al Coordinamento Tecnico UIM; operativamente risponde al responsabile della propria struttura di appartenenza.

7.6. Sede

Il servizio di diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità verrà attivato presso una sede attrezzata messa a disposizione dalla ASL RM E.

8. PSICOTERAPIA: DOCUMENTO TECNICO

8.1. Definizione

La psicoterapia esercitata in ambito sanitario pubblico ha sempre rappresentato un'area molto delicata dei servizi d'aiuto alla persona, spesso al centro di elevate aspettative per la soluzione di problematiche più o meno complesse del singolo o del nucleo familiare, e talvolta considerato l'*unico* o l'*ultimo* intervento d'aiuto possibile.

È peraltro necessario distinguere chiaramente la psicoterapia dagli altri interventi psicologici, aventi caratteristiche e finalità diverse, così come è necessario indicare le diverse forme di psicoterapia che il servizio pubblico può erogare e per quali tipologie di disturbi è possibile attuare gli interventi psicoterapeutici.

A - Psicoterapia: intendiamo per psicoterapia un intervento o trattamento psicologico clinico caratterizzato da un *setting* definito (che può essere diverso in relazione alle differenti teorie e tecniche psicoterapeutiche di riferimento), finalizzato a favorire la maturazione della personalità del paziente o alla modifica consapevole dei propri stili di vita o di consentire l'utilizzo più appropriato delle risorse personali per affrontare le vicende della propria vita, nonostante la presenza di sintomi o disturbi psicologici che ne limitano la piena espressione. Il *setting* rappresenta l'insieme di metodi e tecniche utilizzati all'interno della relazione terapeutica per attivare nel paziente il cambiamento terapeutico.

1. *Disturbi trattabili:* all'interno del Servizio interdistrettuale di Psicoterapia può essere richiesto/proposto un intervento psicoterapeutico per soggetti che presentino un disagio conclamato con sintomatologia obiettivamente riconoscibile e riconducibile alle seguenti aree: sindromi e disturbi della sfera emozionale quali disturbi di ansia e dell'attaccamento, disturbi psicosomatici, stati depressivi, fobie e disturbi ossessivi;
2. *Frequenza delle sedute:* 1-2 la settimana;
3. *Durata:* da 6 mesi a circa 2 anni. In casi particolari, sulla base di un'attenta valutazione del caso, l'intervento psicoterapeutico può essere ulteriormente prolungato;
4. *Figure professionali:* psicologi e medici iscritti all'albo degli psicoterapeuti.

Altri interventi psicologici attuati in ambito clinico sono il sostegno psicologico e la consulenza psicologica.

B - Sostegno psicologico: intervento psicologico-clinico caratterizzato da un *setting* strutturato, volto al superamento di un disagio specifico e teso a favorire nel paziente l'acquisizione o il recupero di un più soddisfacente equilibrio emotivo.

1. Frequenza delle sedute: settimanale o quindicinale;
2. Durata: da 6 a 12 mesi;
3. Figure professionali: psicologi, psicoterapeuti;

C - Consulenza psicologica: intervento psicologico, circoscritto e limitato nel tempo, consistente nel fornire indicazioni ed occasioni di riflessione, finalizzato a contribuire al superamento di alcune specifiche problematiche del paziente.

1. Frequenza delle sedute: variabile (da settimanale a mensile);
2. Durata: da 4 a 8 sedute;
3. Figure professionali: psicologi.

Il Servizio Interdistrettuale di Psicoterapia attivato in sede U.I.M. svolge, di norma, soltanto attività di Psicoterapia, ovvero interventi del tipo A, quando questa rientra in un

progetto assistenziale complesso, non attuabile nell'ambito dei servizi socio-sanitari territoriali. Qualora nel nucleo dell'utente preso in carico per psicoterapia si ravvisi la necessità di un sostegno psicologico ad un familiare (come prefigurato nel successivo punto F.1), può essere associato un intervento di tipo B (sostegno psicologico).

8.2. Criteri d'accesso

Per accedere al Servizio Interdistrettuale di Psicoterapia, il caso deve essere stato sottoposto a valutazione psicodiagnostica da parte dello psicologo (o neuropsichiatra) dell'équipe territoriale o del Servizio Interdistrettuale di Diagnostica psicologica, da cui emerge un'indicazione specifica di intervento psicoterapeutico con identificazione delle aree psicologiche maggiormente bisognose di maturazione o recupero.

Priorità:

1. Casi di minori in cui la Magistratura richieda, a seguito del recepimento dell'esito di una valutazione psicodiagnostica, l'attuazione di un intervento psicoterapeutico, qualora il caso presenti una sintomatologia rientrante tra i **disturbi trattabili** di cui al punto A.1, e non gestibile a livello territoriale;
2. Casi in cui il servizio socio-sanitario territoriale proponga un *percorso assistenziale* per un minore che, a seguito di una valutazione psicodiagnostica, preveda un intervento psicoterapeutico, non attuabile a livello territoriale.

8.3. Modalità di accesso

L'équipe territoriale che segue il caso, se rispondente ai *criteri di accesso* di cui alla sezione precedente, richiede al coordinatore di tale linea di attività l'intervento psicoterapeutico mediante modulo (B), cui seguirà un incontro di presentazione del caso e, se la richiesta viene ritenuta congrua, inserita nella lista della presa in carico per psicoterapia. Conseguentemente viene dichiarata da parte del coordinatore, l'eventuale tempo di attesa per l'inizio del trattamento.

8.4. Linee guida

1. Qualora si prenda in trattamento psicoterapico un minore di età fino a 12 anni, deve essere previsto uno spazio per la coppia genitoriale o per il genitore affidatario, all'interno dello stesso Servizio Interdistrettuale o presso altri servizi di psicologia o psicoterapia esterni;
2. Poiché il trattamento psicoterapeutico s'inserisce all'interno di un progetto assistenziale più ampio, la strategia complessiva di gestione del caso deve essere condivisa a livello dell'équipe che interviene su di esso; il case manager costituisce il nodo di scambio delle comunicazioni tra i vari attori ed ha anche il compito di attivare periodiche riunioni di confronto e verifica sull'andamento del caso;

8.5. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento del Servizio Interdistrettuale di Psicoterapia è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale ASL RME professionalmente competente nella materia. La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nell'equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale psicoterapeuta a disposizione del Servizio di Psicoterapia, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo della UIM.

Funzionalmente risponde al Coordinamento Tecnico UIM; operativamente risponde al responsabile della propria struttura di appartenenza.

8.6. Sede

Il servizio di diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità verrà attivato presso una sede attrezzata messa a disposizione dalla ASL RM E.

9. ABUSO E MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: DOCUMENTO TECNICO

9.1. Definizione

Per abuso all'infanzia si intendono: "gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi" (IV Seminario Criminologico-Consiglio d'Europa, Strasburgo-1978).

Nel termine complessivo di abuso e maltrattamento sono quindi compresi l'incuria, la trascuratezza, il maltrattamento fisico, il maltrattamento psicologico, l'abuso sessuale, la violenza assistita, lo sfruttamento del minore.

Per violenza ed abuso sessuale si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali – con o senza contatto fisico – a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età o della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente dipendente e/o immaturo sul piano dello sviluppo, prostituzione infantile e pornografia.

Qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce un colpo durissimo all'integrità del bambino ed allo sviluppo della sua personalità, provocando gravi conseguenze a breve e lungo termine.

Il danno provocato è tanto maggiore quanto più il maltrattamento:

- ✦ resta sommerso e non viene individuato;
- ✦ è ripetuto nel tempo;
- ✦ la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale è tardiva;
- ✦ il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato;
- ✦ la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte;
- ✦ il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare.

Il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia presenta, dunque, diverse sfaccettature, è complesso e composito; si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno delle famiglie e per restare spesso inespresso e invisibile, cronicizzando e amplificando i danni sul piano fisico e psicologico per le piccole vittime.

La complessità di tali situazioni quindi, richiede l'attivazione di un'ampia rete di servizi sociali e sanitari, di pubblica sicurezza e della magistratura, che intervengano tempestivamente al fine di proteggere il minore e rimuovere le occasioni di reiterazione delle violenze nei suoi confronti.

9.2. Criteri di accesso

Le attività che tale Servizio svolge, di consulenza, di valutazione e gli interventi di sostegno psicologico e psicoterapeutico per i casi di abuso e maltrattamento, gli incontri protetti, audizioni protette ecc. riguardano:

- A. casi di minori vittime o presunte vittime di maltrattamento, abuso e/o violenza sessuale per cui la Magistratura richieda una diagnosi ed una valutazione psicologica e/o ambientale;
- B. casi per cui le indagini della Magistratura Ordinaria e/o Minorile abbiano confermato l'ipotesi di reato e chiedano ai servizi specialistici un intervento terapeutico e di tutela del minore;
- C. casi in carico ai servizi territoriali (Servizi Sociali, Consultori, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, ecc.) per cui i servizi stessi richiedono un intervento di supporto specialistico e/o di supervisione e/o di presa in carico da parte del Servizio Specialistico per interventi specifici in caso di sospetto o conclamato abuso al minore.

9.3. Modalità di accesso

La richiesta d'intervento al Servizio Specialistico di cui al punto C della sezione precedente dovrà essere inoltrata al Coordinatore, accompagnata da una scheda informativa compilata.

↓ Se la richiesta al Servizio Specialistico è inoltrata direttamente dalla Magistratura Ordinaria e/o Minorile l'équipe del Servizio valuta la situazione per decidere la modalità di presa in carico e l'eventuale coinvolgimento di altri Servizi Territoriali.

↓ Se la richiesta al Servizio Specialistico è inoltrata dai Servizi Territoriali sarà convocata una riunione d'équipe integrata (l'équipe del Servizio con l'équipe inviante) nel corso della quale il Coordinatore, valutati i criteri di accesso e la congruità della domanda, deciderà se prendere in carico il caso oppure attivare interventi di supporto all'équipe inviante.

↓ Se le Forze dell'Ordine (Squadra Mobile) richiedono l'ausilio del personale del Servizio Specialistico per l'ascolto del minore, è necessario che la richiesta sia formalizzata al Coordinatore del Servizio.

Il Coordinatore del Servizio Specialistico, individuato tra il personale ASL RME per la specifica competenza nella materia, garantisce il rispetto delle procedure d'accesso, l'equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale dedicato a tale servizio, l'aggiornamento e la trasmissione dei dati di propria pertinenza ai sistemi informativi abilitati (Direzione Aziendale, Controllo di Gestione, U.I.M., ecc), nel rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali.

9.4. Procedure

Il percorso diagnostico multidisciplinare, che comprende sia la diagnosi che la valutazione socio-ambientale è finalizzato ad accertare le condizioni fisiche e psichiche attuali del minore, la situazione del nucleo familiare ed infine ad esprimere indicazioni circa la prognosi sulla riparazione del danno per il minore ed il grado di recuperabilità delle funzioni genitoriali. In tale situazione è necessario mantenere il controllo e la protezione del minore vittima di reati (abuso e violenza sessuale, maltrattamento fisico) per poterlo accompagnare nel percorso giudiziario.

L'accertamento dell'abuso e/o maltrattamento nei confronti del minore richiede, da parte degli operatori coinvolti, di intervenire attraverso una diagnosi integrata: medica – psicologica – ed una valutazione socio-ambientale e familiare. I singoli interventi diagnostici sono modulati, combinati e calibrati in relazione allo specifico caso in esame.

1. *La valutazione socio-ambientale e familiare* comprende una serie di incontri con tutti i membri conviventi e, nei casi di separazione o divorzio, con i membri di ambedue le famiglie che mirano a valutare:
 - a. la struttura familiare;
 - b. le risorse familiari con particolare attenzione a quelle relative alle capacità protettive;
 - c. le strategie comunicative;
 - d. la presenza degli indicatori di rischio individuali e familiari.
2. *La diagnosi psicologica* comprende:
 - e. Colloqui preliminari con il genitore affidatario o convivente con il minore o con un altro adulto di riferimento con cui il minore vive stabilmente e, colloqui preliminari con il genitore non affidatario e/o presunto autore di reato.
 - f. Anamnesi psicologica, con particolare attenzione ai segni clinici più ricorrenti nei bambini abusati nelle diverse fasce d'età;
 - g. Qualora la richiesta preveda (o si ritenga comunque necessaria) una valutazione approfondita della personalità di uno o entrambi i genitori, si procede con incontri psico-diagnostici, comprendenti anche la somministrazione di test di livello e di personalità (Wais, MMPI, Rorschach, Wartegg, etc);
 - h. Colloqui psicodiagnostica con il minore con somministrazione di test proiettivi (C.A.T., Favole della Düss, Rorschach, Figura Umana, Albero, Famiglia) ed osservazioni di gioco;
 - i. Nel caso venga richiesta anche una specifica valutazione della relazione genitori/figli, oltre ai colloqui sopra menzionati si aggiungono 1-2 incontri con il minore e ciascun genitore (ed eventualmente una visita domiciliare per valutare l'interazione nel contesto naturale di vita del bambino).
3. *La diagnosi medica* comprende:
 - anamnesi;
 - esame obiettivo: visita pediatrica con particolare attenzione allo stato nutrizionale, all'accrescimento (nei casi di incuria), alle lesioni fisiche recenti e pregresse (nel maltrattamento fisico) e valutazione ginecologica/medico-legale riguardante soprattutto l'area genitale e anale (nelle violenze ed abusi sessuali); ed eventuali consulenze delle specialità pediatriche;
 - diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio e raccolta di eventuali reperti di materiale biologico sul corpo e su indumenti (attraverso Centri e Servizi Specialistici collegati);
 - documentazione fotografica delle lesioni.

L'esame fisico del bambino deve essere condotto nell'ottica di un equilibrio tra esigenze di non omissione e, nel contempo, di non invasività e riservatezza per il bambino e per i familiari.

Per consentire una corretta valutazione diagnostica è fondamentale che il Servizio Specialistico disponga:

- a. di spazi istituzionalmente garantiti per mantenere la coerenza degli interventi tra i diversi professionisti coinvolti;
- b. di metodi e tecniche di valutazione specifici della problematica del maltrattamento/abuso;
- c. del tempo necessario che ogni intervento richiede.

E' fondamentale costruire una rete interistituzionale fra gli Enti che operano su questa problematica (Servizi socio-sanitari ed educativi pubblici e del privato sociale, Scuola,

Medicina di Base, Uffici Inquirenti, Magistratura, Avvocati) al fine di favorire azioni coordinate, appropriate e sinergiche.

Nella diagnosi medica, in particolare, sono coinvolti i Servizi ospedalieri forniti di Pronto Soccorso, di specialità pediatriche e del medico legale (nei casi più gravi), sulla base di appositi protocolli operativi; i pediatri del Dipartimento Tutela della Maternità ed Infanzia (nei casi meno gravi). Nella diagnosi psicologica e sociale sono coinvolti i Servizi ospedalieri forniti di strutture ambulatoriali e di day-hospital, i Servizi territoriali, forniti di risorse professionali dell'area psicologica, della neuropsichiatria infantile e di assistenza sociale.

Nei casi di allontanamento del minore dalla propria abitazione da parte dell'Autorità Giudiziaria competente che abbia ravvisato pericoli di reiterazione di violenze sul minore, e la conseguente temporanea collocazione presso una casa famiglia o un Centro di Pronta Accoglienza, gli interventi dell'équipe si estendono alla gestione delle eventuali visite protette ed all'attuazione degli incontri tra il minore ed i genitori e/o altri parenti ed all'osservazione delle dinamiche relative.

9.5. Il trattamento

Nelle situazioni in cui la fase della valutazione abbia messo in risalto la presenza di sufficienti risorse nel minore, e quindi vi sia indicazione prognostica positiva rispetto agli input di cambiamento, l'intervento degli operatori è finalizzato a ripristinare condizioni di sufficiente benessere per il bambino, con i suoi genitori o almeno uno di essi, se in grado di agire in modo sufficientemente responsabile nei confronti del minore.

In caso di carenza di risorse protettive e quindi situazioni con indicazione prognostica negativa il trattamento è volto a favorire la sostituzione dei referenti genitoriali per il bambino e l'elaborazione della loro perdita.

È in ogni caso necessario consentire alla vittima del maltrattamento/abuso l'elaborazione del trauma subito ed il recupero di un'adeguata funzione genitoriale attraverso un'appropriata terapia individuale e/o familiare, o altre forme di sostegno a carattere sociale o educativo al minore ed alla famiglia.

Nel caso di lesioni conseguenti all'abuso è necessario predisporre terapie mediche adeguate per la loro cura e predisporre piani di monitoraggio delle condizioni fisiche e di sviluppo del minore da parte del pediatra dei servizi territoriali.

9.6. L'équipe multidisciplinare

Il personale che opera nel Servizio Specialistico deve avere una formazione specifica sul tema ed una spiccata propensione al lavoro d'équipe. Tutti gli operatori del Servizio Specialistico devono avere conoscenze specifiche su come comportarsi nell'espletamento di quelle che sono comunque le proprie competenze istituzionali e sulla presa in carico dei casi. La complessità delle situazioni richiede percorsi assistenziali multipli e coordinati tra loro, per cui è necessario attivare processi di condivisione degli interventi da effettuare, di chiarificazione degli ambiti e dei limiti del contributo di ciascuno.

La composizione dell'équipe minima è la seguente:

- a. Assistente sociale;
- b. Psicologo dell'età evolutiva;
- c. Psicoterapeuti: familiare, degli adulti, dei bambini;
- d. Medici: Pediatra, Ginecologo e/o medico legale, NPI (per consulenza);
- e. Consulente legale (per consulenza).

La formazione degli operatori in équipe multidisciplinare è essenziale soprattutto al fine di costruire un linguaggio condiviso dai diversi professionisti coinvolti. Spesso, infatti, le differenti specificità professionali possono produrre fraintendimenti e divergenze sostanziali su aspetti di primaria importanza, come la tutela del minore o l'apertura di procedimenti civili e penali a carico di adulti. L'intervento psicosociale acquista senso solo se nasce dall'integrazione dei diversi soggetti coinvolti e viene condotto con la consapevolezza che le vittime di abuso appartengono ad una realtà familiare e sociale complessa. Proprio per questo i membri dell'équipe, coordinati dal responsabile del Servizio Specialistico, condividono costantemente spazi comuni per potersi confrontare nella gestione dei casi a loro assegnati.

9.7. Responsabilità

La responsabilità dell'andamento del Servizio Specialistico Interdistrettuale per l'abuso ed il maltrattamento all'infanzia è attribuita al Coordinatore di tale linea di attività, individuato tra il personale ASL RME professionalmente competente nella materia. La responsabilità si esprime nella cura delle procedure di accesso, nell'equa ed adeguata assegnazione dei casi in carico al personale a disposizione del Servizio, nell'aggiornamento e trasmissione dei dati di propria pertinenza per il sistema informativo dell'Azienda ASL RM E e della UIM.

9.8. Sede

Il servizio di diagnostica psicologica e valutazione della genitorialità verrà attivato presso una sede attrezzata messa a disposizione dalla ASL RM E.

**“ADEGUAMENTO DEL MODELLO TECNICO RELATIVO AL SISTEMA
DEGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI MINORI IN FAMIGLIA”.**

**Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, Municipi e
Associazioni**

PREMESSA

Partendo dalla necessità di adeguamento del SISMIF, è stato istituito un Gruppo di Lavoro con la partecipazione di tre Referenti dei municipi, uno della PO Azioni di Sistema e due educatori impegnati nelle attività territoriali.

Un convegno promosso dall'Associazione Città Visibile (novembre 2007) ha contribuito a evidenziare le principali criticità del servizio.

Nel mese di giugno 2008, con il report semestrale, sono state individuate criticità, obiettivi e prime proposte, così riassunte.

CRITICITA'

1. **La tipologia di utenza;**
2. **La rete;**
3. **Il rapporto con l'accreditamento;**
4. **Il coinvolgimento di ragazzi e famiglie;**
5. **Il lavoro sul contesto sociale circostante;**
6. **I rischi di etichettamento del servizio;**
7. **L'appartenenza del gruppo degli educatori;**
8. **Necessità di un modello di presa in carico;**
9. **Le buone prassi.**

OBIETTIVI

1. Migliorare la cultura dei servizi, favorendo l'integrazione socio-sanitaria e un lavoro di rete spesso carente e/o parziale
2. Individuare procedure unitarie di valutazione e di presa in carico dei casi, in maniera che il Sismif non diventi né l'ultima spiaggia né un servizio patologizzante di situazioni che avrebbero bisogno di altri interventi
3. Individuare modelli di intervento atti a rispondere sempre di più a una richiesta flessibile e dinamica, soprattutto per quelle fasce d'età in cui più volte si è valutato che l'intervento centrato sulla famiglia non è funzionale a un percorso di autonomia o ricerca del gruppo dei pari
4. Costruire procedure di monitoraggio, valutazione e verifica condivise con i protagonisti del servizio, per sostenere le azioni possibili ed evitare situazioni di cronicizzazione dell'intervento;
5. Uniformare procedure e qualità del servizio su tutto il territorio comunale.

Nell'ottica della progressiva applicazione della L. 328/2000 e anche attraverso l'opportunità offerta dalla realizzazione delle Unità Interdistrettuali Minori, è possibile affrontare l'approccio al servizio con una chiave di lettura integrata (socio sanitaria) e multidisciplinare. Principali referenti dell'Unità di Valutazione debbono essere gli operatori sociali e del materno infantile. Inoltre, partendo dal presupposto della complessità e della multiproblematicità sia familiare che individuale, occorre sviluppare un modello di valutazione e di presa in carico che estenda in alcuni casi il coinvolgimento di altri servizi e ricomprenda:

- L'analisi profonda dei disagi e delle dinamiche che incidono nella condizione di sofferenza del singolo minore
- L'individuazione dei servizi e delle reti pubbliche che possono assumere un ruolo di protagonista teso al ripristino di condizione

adeguate, non limitatamente al singolo utente del servizio, ma in senso allargato anche a favore dei componenti del nucleo

- La redazione di un piano di intervento per obiettivi *realistici e verificabili*, allargato alle reti anche non istituzionali, puntualmente contenente percorsi, tempistica, criteri di verifica, possibilità di modifica, definizione (in positivo come in negativo)

PROPOSTE

Lo sviluppo di quanto sopra comporta l'assunzione di linee di intervento (A) e procedure operative (B) chiare e definite.

A. Come raggiungere tale integrazione:

- Facendo esplicita richiesta di un Referente ASL del servizio SISMIF;
- Proporre in sede UIM, la costruzione di protocolli formali di collaborazione socio-sanitario; la UIM RM/E avvierà un'analisi mirata in tal senso, in contemporanea con le attività che la UO Minori ha avviato con la costituzione di un Gruppo di scambio con tutti i Referenti Municipali attraverso la creazione di un sito mail interattivo;
- Procedure di presa in carico condivise per tutti i municipi che valorizzino l'integrazione socio-sanitaria, il privato sociale e tutte le figure professionali che andranno a operare. La proposta prevede: 1. l'attivazione di un Gruppo di Coordinamento Municipio / Distretto, sul modello GIL, che assuma il compito di analisi delle situazioni, di valutazione delle proposte di attivazione, di individuazione dei servizi, anche specialistici, interessati, di indirizzo e monitoraggio delle attività; 2. la definizione degli standard di analisi e di intervento sul caso;
- Differenziare gli interventi per fasce di età. L'aggancio con il servizio ha maggiori possibilità di generare un cambiamento se i minori vengono segnalati al servizio al manifestarsi di alcuni comportamenti problematici piuttosto che quando tali disagi si sono strutturati. Nell'età fra i 6 e i 12 anni il disagio dei bambini ormai si è completamente manifestato, ma non si è ancora cronicizzato e non è ancora sfociato in una situazione critica di difficile gestione. Ribadendo la funzionalità del servizio e gli ottimi risultati fino ad ora raggiunti, occorre migliorare le metodologie di erogazione per sviluppare modalità e risposte più congrue ai bisogni differenziati (per esempio, circa le diverse esigenze poste dall'età) dell'utenza, favorendo metodologie di lavoro che vadano oltre l'erogazione in domiciliare e che sappiano adattarsi ai diversi momenti di crisi-cambiamento dei nostri ragazzi e delle loro famiglie; uno degli obiettivi è individuare l'obiettivo possibile nei casi di adolescenti, non potendo più incidere sulla valorizzazione della famiglia, indirizzando le attività verso il ruolo di "compagno adulto" e mirando allo sviluppo delle potenzialità di autonomia. Dato che il servizio è di "sostegno al minore in famiglia", se ne deduce che intervenire preventivamente costituisca un fattore di possibile successo. Per quanto riguarda gli adolescenti, gli interventi correlati devono trovare una nuova definizione, essendo più improbabile l'azione di riappropriazione della funzione educativa del nucleo; occorre finalizzare detti interventi verso l'acquisizione di strumenti di autonomia e responsabilità individuale.
- Individuare, sempre in merito alle problematiche adolescenziali e giovanili, le potenzialità del SISMIF correlandolo ad attività di

educativa territoriale, sensore e rilevatore del disagio ed eventuale strumento di proposte positive aggregative; un'analisi delle attuali esistenti attività di educativa territoriale (ex L. 285/97 e L. 328/00) dovrebbero convergere all'attenzione dei Referenti Municipali SISMIF per lo sviluppo di collegamenti utili;

- Migliorare gli strumenti di monitoraggio e valutazione e la loro applicazione, nel rispetto di quel percorso circolare che un servizio educativo deve possedere come prerogativa. Tale punto si collega alla successiva lettera B.

B. Sui seguenti temi si concentrerà la prossima attività (Gruppo mail e Gruppo UIM):

1. Individuazione degli indicatori di rischio e degli indicatori di opportunità del SISMIF: analisi della situazione complessiva, delle problematiche in atto e definizione della casistica SISMIF, suddivisa anche per età e interventi;
2. Valutazione sulle competenze genitoriali e parentali coinvolte: verifica delle problematiche / competenze e attivazione o meno del SISMIF; eventuale attivazione con revisione del progetto in caso di altre problematiche; individuazione degli altri interventi utili al recupero delle funzioni genitoriali;
3. Chiara definizione del progetto di partenza condiviso da tutti gli operatori che hanno in carico il nucleo familiare; tale ipotesi progettuale può e deve essere rivista a breve scadenza (1-2 mesi) dopo l'entrata in casa dell'educatore con tutti i servizi che si occupano della famiglia;
4. Contratto condiviso con le famiglie, tenendo presente che in alcune famiglie il livello di patologia è alto e che quindi fare accordi è difficile;
5. Intervento imposto senza ambiguità: in alcuni casi l'intervento SISMIF viene *imposto* alle famiglie poiché sussiste l'*affidamento* ai servizi sociali e/o una sentenza del Tribunale Minorenni che lo prescrive, o anche situazioni in cui il servizio sociale vuole valutare e monitorare cosa succede all'interno della casa. In questi casi forse è meglio esplicitare il doppio ruolo che ha l'educatore (sostegno, monitoraggio e controllo) piuttosto che depotenziarlo e/o bruciarlo quando viene scoperto il ruolo di controllo.

Il **MODELLO** che ne scaturisce si configura come segue:

1. Costruzione di una rete disponibile a collaborare al momento dell'attivazione, attraverso l'istituzione di una Unità di Valutazione territoriale. Per un intervento efficace è necessario attivare altri servizi territoriali (DSM, Servizio Materno Infantile, Sert, servizi di consulenza, C.A.G. e altro) a prendersi in carico la situazione.
2. Utilizzo di indicatori di rischio e differenziazione degli interventi per fasce di età, con conseguente ridefinizione degli obiettivi potenziali per gli adolescenti e la costruzione di collegamenti con la rete di educativa territoriale. Per tali indicatori, è stata analizzata la griglia già elaborata con il gruppo di lavoro per il nuovo accreditamento delle comunità educative che costituirà la traccia per quella definitiva.
3. Definizione di modalità procedurali di lettura / analisi del bisogno e di presa in carico, sin dalla prima fase di segnalazione; inoltre, appare opportuno che nella definizione del progetto sia immediatamente coinvolto l'ente gestore del servizio sul territorio.
4. Potenziamento degli strumenti di valutazione e formazione /aggiornamento: principalmente attraverso le attività UIM, mirate al SISMIF e al nuovo Modello operativo.

SERVIZIO DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO A MINORI IN FAMIGLIA

Premessa

Negli ultimi anni il Comune di Roma, tramite il V Dipartimento, ha attivato un processo a valenza strategica ed organizzativa per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata riguardante le politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Tale processo si è sviluppato attraverso l'avvio, per ciascun quadrante coincidente con i territori delle cinque ASL di Roma, di una Unità Intermunicipale per i Minori (UIM) che coinvolge la ASL e i Municipi afferenti.

La **UIM** è una struttura organizzativa che ha l'obiettivo di raccordare i Municipi e la ASL di uno stesso quadrante cittadino, nella prospettiva dello sviluppo dei processi di integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata.

La UIM RM E, partendo dalla necessità di un adeguamento del SISMIF - **Servizio di Integrazione e Sostegno ai Minori in Famiglia**, nell'ottica di applicazione della L. 328/2000, ha posto tra i propri obiettivi quello di avviare un'analisi approfondita sul servizio educativo domiciliare per minori con l'obiettivo di delineare le strategie per migliorare l'efficacia dell'intervento in una chiave di lettura socio - sanitaria integrata e multidisciplinare.

Il SISMIF nasce con la deliberazione di Giunta n. 1027/1996 come un intervento finalizzato sia alla prevenzione dal rischio di istituzionalizzazione di minori in condizioni di disagio, sia al rientro in famiglia di minori già istituzionalizzati.

Il modello, diversamente dai servizi di "assistenza domiciliare" rivolti alle categorie di anziani e disabili, conteneva in sé alcuni elementi innovativi e altamente professionali quali:

- l'introduzione della qualifica dell'educatore professionale quale operatore addetto al servizio
- lo svolgimento della funzione di sostegno non limitata al target "minore" bensì estesa verso la ricostruzione di adeguate dinamiche intrafamiliari e il riappropriamento della competenza educativa da parte degli adulti appartenenti alla famiglia di origine.

Il Sismif prefigurava dunque come un servizio volto a sostenere le famiglie in difficoltà nell'esercizio della loro funzione di cura, educazione e integrazione sociale dei figli e ad affiancare i bambini e i ragazzi nel loro processo di crescita. Con tale servizio si è inteso fornire un aiuto esterno alla famiglia nelle problematiche della vita quotidiana, rispondendo in tal senso ai dettami della legge 184/83 e successive modifiche (Legge 28 marzo 2001, n. 149) ed in particolare dell'art. 1 che sancisce il diritto basilare del bambino ad essere educato nella propria famiglia.

Nel corso di questi anni, il lavoro svolto dai Servizi Territoriali e dal Terzo Settore ha messo in luce, le potenzialità di sostegno educativo espresse dal Sismif, la sua complessità, ma soprattutto i limiti legati alla specifica valenza educativa dell'intervento, non sostituibile a percorsi di sostegno di tipo psicologico individuale o familiare. L'analisi delle esperienze dei servizi territoriali ha portato inoltre alla constatazione che l'efficacia di questa strategia di intervento dipende da una molteplicità di fattori tra cui:

1. l'esistenza di un progetto di intervento integrato tra i servizi;
2. la possibilità di supervisione/monitoraggio dell'intervento educativo da parte dei servizi che hanno in carico il caso;

3. la possibilità dell'organismo di fornire agli operatori una supervisione professionale continua;
4. l'accettazione della proposta di intervento da parte della famiglia anche e soprattutto nei casi di prescrizione da parte dell'A.A.G.G..

Tenendo presente questo quadro storico, la proposta procedurale presentata dal gruppo di lavoro composto da professionisti con competenze diverse provenienti dalla ASL RM/E e dai Municipi 17, 18, 19, 20 si propone di rivedere la modalità di erogazione del servizio SISMIF e di delineare un nuovo modello operativo che veda l'utilizzo di tale servizio svincolato il più possibile dalla logica meramente prestazionale e più orientato da una logica processuale. Infatti, come afferma Manoukian,³ "nei servizi ciò che si produce è immateriale e la produzione di servizi richiede di attivare dei processi relazionali che non sono predefinitibili [...]. E' cruciale per l'operatore che abbia una prefigurazione di ciò che è possibile produrre, che possa "vedere" e avere "presente" l'oggetto di lavoro[...] sufficientemente delimitato, da poter declinare in modi e tempi congruenti comunicazioni e interazioni che consentano di trasformare l'esistente, e sufficientemente posseduto, da poter essere maneggiato in diverse interpretazioni e traduzioni operative per cogliere ciò che serve alla *persona/cliente*".

All'interno dei servizi è importante attivare "processi che introducano dei modi di vedere e di vedersi [...] le rappresentazioni degli oggetti di lavoro non sono tanto collegate a "nuove acquisizioni", ma passano dal ritornare sui propri passi, per posare lo sguardo e fermarlo su quello che si è visto, che già si conosce, per ri-conoscerlo e riconoscere anche le nostre modalità di conoscere, [...] è quindi importante sia rispetto alla *persona/cliente* sia rispetto all'organizzazione, raccogliere dati quantitativi e qualitativi, osservare e mettere in evidenza i modelli culturali, di pensiero e di relazione, gli atteggiamenti ricorrenti; ricostruire le storie; considerare le situazioni di crisi come situazioni che più di altre mettono in evidenza giochi relazionali e potenzialità; tenere continuamente conto del quadro generale e fermarsi sui particolari, perché a volte i dettagli, le pieghe possono rilevare più di quello che possono offrire i disegni onnicomprensivi, i resoconto formali".⁴

In questo senso diventa centrale nella proposta di gestione di tale servizio, la figura del "referente del caso" che inserisce l'eventuale proposta di attivazione del servizio all'interno del più vasto processo di aiuto attivato sul e con il nucleo familiare.

Un punto fondamentale individuato è quello di una maggiore integrazione tra i Servizi Sociali Municipali ed i Servizi ASL, che si concretizza nella fase valutativa dell'attivazione del servizio domiciliare all'interno di un progetto di intervento in rete con i servizi territoriali.

Il presente documento intende offrire elementi utili allo sviluppo e alla innovazione del servizio educativo domiciliare lungo queste direttrici, proponendo la differenziazione dell'intervento in base alle diverse fasce di età del minore e individuando per ciascuna di esse, e sulla base delle specifiche esigenze del caso, l'opportunità di introdurre ulteriori figure professionali a sostegno del lavoro dell'educatore professionale.

Un ulteriore aspetto valutato come strategico dal gruppo di lavoro si riferisce alla necessità di individuare prassi di utilizzo comuni per i quattro Municipi attraverso la creazione di strumenti documentali ed informatici per la gestione e per il monitoraggio del servizio e degli interventi.

³ F.O.Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998, pag.53.

⁴ ibidem pag. 110-112

Servizio di Integrazione e Sostegno ai Minori in Famiglia

L'assistenza domiciliare ai Minori si delinea come risorsa per i servizi sociali territoriali, per la realizzazione di progetti di intervento in favore di nuclei e minori in difficoltà socioambientali. La sua finalità principale è di **consentire la permanenza del minore nel suo ambiente di origine**, perseguendo il cambiamento e il miglioramento delle condizioni di vita dell'intero nucleo familiare e agendo anche in termini preventivi su quei fattori che rischiano di compromettere le capacità di relazione del minore e di orientarlo verso comportamenti devianti.

Gli interventi svolti in ambito domiciliare e nel contesto di vita allargato del minore si articolano prevalentemente attraverso:

- il sostegno dei genitori, laddove risultino carenti o in grave difficoltà a svolgere i compiti genitoriali; in questo caso l'operatore svolge una funzione di affiancamento e rinforzo degli adulti;
- il sostegno diretto al minore; in questo caso l'operatore svolge una funzione di accompagnamento alle esperienze di crescita, alle opportunità di socializzazione, facilitando anche l'accesso ad una rete di rapporti esterni alla famiglia.

L'ambito in cui si colloca l'azione educativa può essere individuato nell'area del disagio evolutivo ovvero in quell'area che, pur discostandosi dalla normale percorso evolutivo, non rientra nell'area della psicopatologia e che identifica la fascia dei bambini che presentano, per caratteristiche personali o condizioni ambientali o di vita, una condizione di cosiddetto rischio evolutivo.

La tipologia dell'utenza a cui è indirizzato l'intervento educativo, la molteplicità delle problematiche che essa esprime, ha reso evidente la necessità di definire il progetto di intervento sul minore in modo articolato e integrato con i diversi servizi territoriali coinvolti nella gestione del caso o che si ritiene di dover attivare per favorire processi di cambiamento.

Questo approccio appare necessario al fine di evitare l'attribuzione all'intervento domiciliare di compiti e competenze che, proprio per la sua valenza specificatamente educativa, esso non può sostenere, e che espongono pertanto al rischio di invalidare l'intervento stesso. Proprio per questo si ritiene essenziale esplicitare nel piano d'intervento, costruito insieme alla rete e alla famiglia, gli obiettivi secondo criteri di congruità, raggiungibilità e temporalità rispetto alle aree di disagio evidenziate. L'esplicitazione degli obiettivi e la condivisione e co-costruzione del progetto permettono di rendere la famiglia protagonista della sua esperienza e favoriscono l'ingresso e l'accettazione dell'educatore in casa e stimolano una adesione autentica al progetto da parte del nucleo familiare.

Tipologia di utenza

Le esperienze maturate suggeriscono che i buoni esiti dell'intervento educativo si raggiungono prevalentemente con alcune tipologie familiari ed in particolare:

- nuclei in condizione di emarginazione dal contesto sociale, di isolamento e deprivazione socio-culturale, instabilità economica e disagio abitativo spesso aggravati da condizioni di fragilità del nucleo (nuclei monoparentali, famiglie numerose) e con conseguente difficoltà nelle capacità a fornire ai minori sostegno educativo e nei percorsi di socializzazione (scuola, inclusione sociale ecc ecc);
- nuclei che, per motivi riconducibili anche a pregresse problematiche sanitarie, pur garantendo potenzialità di risorse genitoriali non riescono ad esprimere

sufficientemente l'accudimento dei minori e non riescono a fornire il necessario sostegno relazionale ed educativo;

- nuclei provenienti da storie di rottura e ricomposizione di relazioni significative (ad esempio affidamenti etero familiari) e di stati di convivenza o separazioni, che per motivi diversi esprimono condizioni di disagio riferibili a una crisi del sistema di relazioni familiari ma con risorse personali e genitoriali sufficienti ad una riorganizzazione funzionale.

L'intervento è rivolto a minori che si trovano in situazioni di disagio, pregiudizio educativo e rischio evolutivo con problematiche che possono essere considerate all'interno di aree specifiche di disagio, di seguito evidenziate, e che escludono la presenza di gravi disagi psicologici per i quali si privilegia un intervento specialistico adeguato.

Area della socializzazione

- Isolamento
- Difficoltà integrazione scolastica
- Carenze nei percorsi di inclusione sociale

Area della devianza

- Comportamenti aggressivi e distruttivi, non riconoscimento dell'autorità e delle regole
- Evasione obbligo scolastico
- Rischio di devianza o coinvolgimento iniziale in circuiti di devianza
- Primo approccio al consumo e o abuso di sostanze

Area dell'apprendimento

- Difficoltà di apprendimento in ambito scolastico
- Carenze per mancanza di stimoli e motivazione

Area delle relazioni familiari

- Trascuratezza carenza di cure e sostegno da parte dei genitori
- Mancanza di contenimento e regole
- Storie di vita con percorsi di istituzionalizzazione
- Conflittualità grave con i genitori o con altri componenti del nucleo
- comportamenti iper-adattivi del minore
- Comportamenti iperprotettivi delle figure genitoriali

La differenziazione degli interventi educativi

Per la loro natura educativa gli interventi Sisnif sono volti alla valorizzazione delle potenzialità individuali e familiari e sono finalizzati a favorire e migliorare l'autonomia personale e sociale. Con riferimento all'esigenza di superare la logica prestazionale prevista dai pacchetti di intervento, l'esperienza dei servizi territoriali e degli organismi attuatori degli interventi domiciliari suggerisce l'attuazione di progetti di intervento che siano differenziati in base alla problematica del nucleo familiare e alle esigenze educative dei minori in relazione all'età e alla tipologia di disagio.

L'intervento con il bambino da 0 a 2 anni

L'intervento domiciliare per minori di età compresa tra 0 e 2 anni si configura come un intervento volto a sostenere la relazione genitore-bambino nelle sue funzioni di accudimento e protezione necessarie al sano sviluppo cognitivo e affettivo del bambino.

Diverse teorie dello sviluppo psichico concordano nel sostenere che la capacità del genitore di entrare in relazione con il bambino, di comprenderne i bisogni accettandone la dipendenza, la qualità delle cure genitoriali e in particolare la sensibilità con cui viene trattato il bambino, influenzano la capacità dei bambini ad attribuire stati mentali a se stessi e agli altri e pongono le basi per un sano sviluppo psico-fisico. Per questo si ritiene fondamentale un intervento che miri soprattutto in questa fascia di età a sostenere le figure genitoriali, facilitando tale compito anche con l'inserimento di figure professionali specializzate in affiancamento o in sostituzione all'educatore professionale. In particolare si pensa a competenze specifiche nell'area della puericultura che siano in grado di accompagnare il genitore in difficoltà nel porre attenzione al vissuto del bambino, alla sua crescita emotiva e cognitiva, alla sua socialità e relazione con la famiglia.

In questa fase dello sviluppo un intervento domiciliare potrebbe prevedere azioni di aiuto all'organizzazione familiare anche con la partecipazione ad attività quotidiane di gestione del menage familiare oltre che alla cura nella gestione del corpo, igiene, alimentazione, assistenza sanitaria del minore.

L'intervento sul bambino da 3 a 5/6 anni

In questa fase dello sviluppo evolutivo del bambino si ritiene opportuno focalizzare l'intervento educativo prevalentemente a sostegno delle figure genitoriali, al fine di svolgere un lavoro di prevenzione e orientamento nell'espressione delle competenze educative. Si intende in particolare stimolare il concetto dei ruoli, delle gerarchie, del rispetto delle regole e promuovere il cambiamento degli stili relazionali e organizzativi del nucleo, valorizzando la possibilità di superamento autonomo delle difficoltà e delle conflittualità emergenti. L'intervento può prevedere attività di accompagnamento e conoscenza dei servizi del territorio volte a promuovere processi di inclusione sociale del nucleo. In questa fase evolutiva l'intervento educativo ha come obiettivo quello di facilitare e valorizzare le competenze individuali del minore e può prevedere attività di gruppo che valorizzino l'attività del gioco quale attività funzionale allo sviluppo e il perfezionamento delle capacità fisiche e psichiche, morali, intellettuali e sociali. Ad esempio, i giochi di fantasia e di creatività (rientrano in quest'ambito tutti i giochi legati alla manipolazione, al disegno, alla pittura, alla realizzazione di un elaborato ecc.) rivestono grandissima importanza per lo sviluppo psichico del bambino, poiché gli consentono di esprimere i suoi sentimenti riguardo al mondo che lo circonda; anche attraverso il gioco dei ruoli (teatro, danza, drammatizzazione, simulazione ecc) egli impara che la gente ha modi di sentire e di comportarsi diversi dai suoi.

L'intervento sul bambino da 6/7 a 11 anni

Dalle esperienze acquisite in questi anni, il target privilegiato per l'intervento educativo domiciliare è risultato essere quello appartenente a questa fascia di età. Si tratta di una età in cui i bambini e le famiglie possono trovarsi ad affrontare situazioni di disagio, sulle quali si può intervenire sia supportando la crisi emergente sia prevenendo cronicizzazioni e irrigidimenti del sistema. Questa fase di sviluppo è caratterizzata in modo prevalente dalla scolarizzazione e dalla partecipazione del bambino a situazioni di gruppo non più fondate sulla attività ludica non strutturata ma sul conseguimento di obiettivi, sulla sollecitazione di abilità, sulla condivisione di regole di comportamento. Le azioni ipotizzate per questo target sono orientate alla cura dei processi di socializzazione e delle difficoltà scolastiche, alla valorizzazione delle competenze

individuali con particolare attenzione ai processi di maturazione e di acquisizione dell'autonomia personale, e possono prevedere attività educative di gruppo includendo laboratori teatrali e attività sportive.

Il sistema famiglia, a sua volta, deve essere supportato nell'orientamento delle capacità educative e dello stile di comunicazione anche in riferimento alle nuove esigenze evolutive dei minori.

L'intervento con l'adolescente

Il disagio adolescenziale va ricondotto a una serie di fattori in relazione fra loro che possono determinare comportamenti a rischio. I fattori socio-ambientali, la precarietà economica della famiglia, l'accentuazione della diversità culturale, la lotta tra il desiderio di andare avanti e quello di restare bambino, l'allentamento dei rapporti educativi e la complessità dei processi di socializzazione e di identificazione, possono dar luogo a disadattamenti che, nelle forme più esasperate possono manifestarsi attraverso fughe, tossicodipendenza, violenza, criminalità, ma anche tendenze all'isolamento e alla depressione.

Per questa fascia di utenza la programmazione delle attività educative segue una metodica diversa e si pone come obiettivo prioritario quello di favorire i processi di maturazione del ragazzo, orientandolo nelle scelte e nell'adattamento alla realtà, favorendo i processi di acquisizione dell'autonomia personale e sociale, ampliando le occasioni di scambi sociali, di confronto e crescita culturale anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Le attività sono maggiormente centrate sulla dinamica comunitaria della vita in gruppo, che offre al ragazzo la possibilità di confronto e sostegno per procedere nel processo di differenziazione.

Le attività possono includere attività ludico sportive (giochi di squadra, tornei sportivi, corsi specifici come nuoto, capoeira ecc.), corsi di fotografia e di cucina, corsi di computer per favorire acquisizioni di competenze utili all'inserimento lavorativo.

Nei confronti delle problematiche più rilevanti presentate dagli adolescenti si propone la figura professionale del compagno adulto. Tale figura accompagna il minore proponendosi come modello di identificazione, interprete della realtà psicologica e facilitatore della dimensione relazionale.

Il compagno adulto, come adulto competente nel campo della psicologia dell'adolescenza, offre ai ragazzi la possibilità di costruire una relazione significativa di sostegno e accompagnamento ai compiti evolutivi, condividendo situazioni e attività che fanno parte della loro esperienza concreta. All'interno di questa relazione il compagno adulto permette all'adolescente di sperimentare un'immagine di sé più positiva e di riscoprire il piacere di investire le proprie capacità nell'affrontare gli impegni e i compiti evolutivi.

Il valore di questa risorsa è tuttavia subordinato all'affiancamento ad altri tipi di interventi come la psicoterapia con l'adolescente, il sostegno alla famiglia, il supporto scolastico. Questa caratteristica della figura del compagno adulto conferma quanto sia fondamentale nella presa in carico degli adolescenti un ampliamento del lavoro di équipe a enti e figure professionali diverse, cosicché l'adolescente possa sentirsi al centro di un sistema di aiuto che include il suo contesto.

MINORI STRANIERI

Sempre più spesso, nel territorio romano, il S.I.S.Mi.F si rivolge anche a famiglie immigrate (sia di prima che di seconda generazione) o a famiglie con ragazzi in adozione internazionale, in cui il tema della differenza culturale è una variabile importante. Dalle situazioni che presentano una distanza tra genitori, che fanno riferimento ad una determinata cultura, e figli che si trovano in contesti di maggior contaminazione culturale, a situazioni di difficoltà di incontro con la realtà esterna, con la scuola o altro, la necessità di un lavoro basato sulle metodologie interculturali diventa evidente e prioritaria. Per questo, nei casi in cui l'intervento educativo domiciliare è rivolto a minori e nuclei stranieri, si ritiene opportuno prevedere l'inserimento del mediatore culturale in affiancamento all'educatore professionale. Il mediatore culturale svolge una funzione di collegamento tra persone immigrate, i servizi e le istituzioni, con l'obiettivo di fornire risposte quanto più conformi alle esigenze di integrazione di ogni singolo individuo. Nell'ambito di un intervento educativo domiciliare il mediatore culturale rappresenta un'utilissima figura di riferimento quale facilitatore dei processi comunicativi e interprete di quelle sfumature etniche e culturali che permettono agli operatori di riferimento di ragionare in termini di logiche e codici comportamentali, abitudini e norme a cui l'utente fa riferimento, offrendo strumenti alternativi e più adeguati per la lettura delle dinamiche sia familiari che sociali. Esso rappresenta inoltre una risorsa utile per la famiglia nell'incontro con le istituzioni, stimolandola a confrontarsi con gli usi e costumi italiani (ad esempio per ciò che riguarda l'alimentazione e l'igiene dei bambini) e con le normative di riferimento. Se si assume come riferimento la teoria che descrive il processo di costruzione della identità ponendo in evidenza l'azione delle determinanti socio/culturali, "l'intervento del mediatore/*educatore/operatore* non è quello di giungere a una rappresentazione oggettiva dell'altro o della sua cultura, né adeguare i propri comportamenti o atteggiamenti a tale ritratto oggettivo, ma la capacità di costruire rappresentazioni congiuntamente prodotte e situazionalmente variabili". "lo straniero non è solo ricevente, destinatario, ascoltatore della comunicazione a lui rivolta, ma è interlocutore, protagonista, produttore di comunicazione, esprimendo dalla propria angolatura precise immagini e rappresentazioni tanto della sua realtà quanto di quella autoctona"⁵.

Di seguito si riporta uno schema riassuntivo degli interventi e delle figure professionali di supporto all'intervento educativo:

⁵ Nigris E. (a cura di), *Educazione interculturale*, Bruno Mondadori, 1996, pag.148 -- 220.

Fascia di età del minore	Intervento dell'educatore sul nucleo familiare	Intervento dell'educatore sul minore	Operatore di supporto	Interventi di supporto all'azione educativa
0-2	- sostegno delle funzioni di accudimento e cura dei genitori		<ul style="list-style-type: none"> • puericultrice • mediatore culturale 	Supporto alla maternità
3-6	- valorizzazione delle competenze educative; - promozione del cambiamento degli stili relazionali e organizzativi del nucleo - promozione dell'autonomia personale e sociale	- facilita attività ricreative; - valorizzare le competenze individuali - promuove il rispetto delle regole, la differenziazione dei ruoli e delle gerarchie	<ul style="list-style-type: none"> • educatore • mediatore culturale 	interventi di gruppo
7-11	- valorizzazione delle competenze educative; - promozione del cambiamento degli stili relazionali e organizzativi del nucleo - promozione dell'autonomia personale e sociale	- cura dei processi di socializzazione - sostegno scolastico - valorizzazione delle competenze individuali	<ul style="list-style-type: none"> • educatore • mediatore culturale 	interventi in gruppo come laboratori teatrali, attività sportive
Adolescenza		- cura dei processi di socializzazione - supporto scolastico - valorizzazione delle competenze individuali e orientamento alle scelte promozione autonomia sociale e personale	<ul style="list-style-type: none"> • educatore • mediatore culturale • compagno adulto (psicologo) 	interventi di gruppo, attività sportive, corsi per acquisizione di competenze specifiche

Struttura organizzativa per la gestione del Servizio di Integrazione e Sostegno ai Minori in Famiglia

Per quanto riguarda l'aspetto gestionale è stata definita la seguente ipotesi organizzativa:

- è individuato per ciascun Municipio e per la ASL RME, un referente del servizio domiciliare **Sismif**;
- è individuata presso la UIM RME la sede del **Coordinamento Tecnico Integrato Sismif** composto dai referenti Sismif dei quattro Municipi, dal referente ASL RME, e del Dipartimento V con funzioni di:
 - a. garantire il monitoraggio periodico, quantitativo e qualitativo del servizio;
 - b. verificare la costante rispondenza del servizio agli obiettivi concordati;
 - c. gestire e risolvere le eventuali criticità;
 - d. definire le linee di sviluppo ed implementazione del servizio;
 - e. proporre linee innovative relativamente al sistema dell'accREDITamento dell'assistenza domiciliare per minori;
 - f. curare il raccordo con Servizi DSM, SERT della ASL RME;
 - g. proporre ai responsabili delle istituzioni coinvolte ipotesi di esposizione pubblica con riferimento alla diffusione della prassi e la partecipazione al dibattito locale, regionale e nazionale sulle politiche dei servizi e di integrazione socio-sanitaria.
- è costituita a livello distrettuale una **Unità Valutativa Integrata** Municipio/Asl costituita dal referente Sismif del Municipio e dal referente Asl RME con il compito di:
 - a. ricevere le schede di segnalazione da parte del referente del caso;

- b. analizzare e valutare le proposte di attivazione;
- c. definire insieme al servizio proponente (referente del caso), ai servizi attivi sul caso e all' organismo accreditato/cooperativa, il progetto di intervento, gli obiettivi, i tempi di verifica;
- d. monitorare il progetto di intervento con verifiche periodiche;
- e. indicare i criteri per la gestione delle liste di attesa;
- f. gestire le criticità sui casi già attivati (es. cambiamento dell'educatore, variazione degli obiettivi dell'intervento o dell'intensità del livello assistenziale);

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE E MONITORAGGIO DEL SISMIF

La segnalazione del caso e compiti dell'unità valutativa

Il SISMIF è un servizio attivato e finanziato dal Servizio Sociale Municipale e gestito da organismi accreditati. L'intervento domiciliare può essere richiesto dal Servizio Municipale o dai servizi ASL che hanno in carico il caso.

La richiesta avviene tramite una segnalazione in forma scritta su modello predisposto (allegato n.1), dove sono annotate le informazioni sul minore e sul nucleo familiare.

La scheda di segnalazione viene inoltrata alla UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA, alla quale spetta il compito di analizzare la situazione presentata e di valutare la rispondenza effettiva del servizio al caso proposto, sia in base alla motivazione della segnalazione sia in base alla congruità rispetto al progetto di intervento già avviato sul caso. L'equipe valutativa integrata ha inoltre il compito di esaminare i fattori che possono compromettere l'efficacia dell'intervento, come la presenza di problematiche psichiche gravi del minore, di problematiche attuali sanitarie da parte dei genitori (disturbi psichiatrici, tossicodipendenza), l'effettiva accettazione dell'intervento concordato da parte dei genitori o di chi esercita momentaneamente le funzioni genitoriali.

Fasi per l'attivazione del servizio

- a. Ricevuta la segnalazione (allegato 1), l'unità valutativa distrettuale incontra il referente del caso per la valutazione della richiesta e la condivisione degli obiettivi dell'intervento educativo da attivare. A tal fine sarà compilata la Scheda di Valutazione del Progetto Individuale (allegato 2), che sarà utilizzata anche per l'inserimento in una graduatoria;
- b. Individuazione dell'organismo a cui affidare il progetto;
- c. Riunione di rete tra l'Unità Valutativa, il Referente del caso, i Servizi già attivi sul caso e il coordinatore dell'organismo individuato, per la presentazione del caso e per la definizione del **Progetto Educativo Individuale (PEI)** (allegato 3);
- d. Definizione del Piano di Intervento (allegato 4) e del piano finanziario

Verifica e monitoraggio dell'intervento

Dopo i primi due mesi dall'attivazione del servizio si terrà una sessione di lavoro della Unità di Valutazione con il case manager e l'organismo di riferimento, al fine di valutare la congruenza della prima stesura del PEI e definire le eventuali necessarie modifiche. Qualora a seguito di tale valutazione si renda necessaria una nuova

elaborazione del PEI, sarà necessario provvedere ad una nuova correlata stesura del Piano di Intervento (allegato 4) e del piano finanziario.

Il successivo monitoraggio dell'intervento è opportuno che venga effettuato a cadenza bimestrale dal referente del caso con l'educatore e l'organismo di riferimento, anche attraverso relazioni periodiche.

Valutazione dell'intervento

Semestralmente l'Unità Valutativa incontra l'equipe di riferimento per la valutazione complessiva dell'intervento e degli obiettivi raggiunti e per l'eventuale ridefinizione degli stessi o per la chiusura dell'intervento.

PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Tenuto conto degli avanzati livelli di integrazione raggiunti dalla UIM RME nel complessivo sistema di servizi all'infanzia e adolescenza e alla famiglia e sulla base delle risposte che scaturiranno dal prossimo avvio della sperimentazione dell'Unità Valutativa Integrata del SISMIFF, sarebbe auspicabile, ove si offrissero le condizioni per consolidarla e proseguirne la sperimentazione, la realizzazione di una Unità Valutativa Integrata Permanente per i Minori attraverso la quale, nella prospettiva di sviluppo dei processi di integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata, elevare i livelli di qualità e di efficacia delle prestazioni e dei servizi forniti alla "persona".

Allegato n. 1

S.I.S.Mi.F.
Servizio di Sostegno e Integrazione del Minore in Famiglia

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

REFERENTE DEL CASO:.....

ENTE PROPONENTE:

Sezione Anagrafica

MINORE

COGNOME.....

NOME.....

Luogo e data di nascita..... Età.....

Scolarità.....

Nazionalità.....

Residenza e/o domicilio.....

PATERNITA'

COGNOME E NOME:.....

Vivente: SI NO Età Nazionalità

Stato civile:

Convivente con il minore: SI NO

Condizione lavorativa:

Titolo di studio:

MATERNITA'

COGNOME E NOME:.....

Vivente: SI NO Età Nazionalità

Stato civile:

Convivente con il minore: SI NO

Condizione lavorativa:

Titolo di studio:

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Nome	Ruolo	età	scolarità	occupato (si/no)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SERVIZI SOCIO-SANITARI COINVOLTI NEL TRATTAMENTO DEL CASO:

Servizio Materno infantile	operatore:
Centro di Salute Mentale	operatore:
Sert	operatore:
Servizio Handicappati adulti	operatore:
CAD	operatore:
SAISH	operatore:
SAISA	operatore:
Servizio sociale municipale	operatore:
Servizio Sociale penale adulti	operatore:
Servizio sociale penale minori	operatore:
Altri	operatore:

INTERVENTI IN ATTO DA PARTE DEL TRIBUNALE PER I MINORENNI: Si No

se Si:

- **Provvedimento Penale:** Messa alla prova; Misure cautelari ; misura alternativa
- **Provvedimento Civile:** affidamento al servizio sociale ; affidamento a parenti, affidamento eterofamiliare; vigilanza servizio sociale.....; Indagine socio-ambientale; Tutela del sindaco.....; Tutela a terzi (specificare)

Provvedimento giudiziario non ancora emanato: SI NO.....

DESCRIZIONE ANDAMENTO SCOLASTICO

(Con particolare riferimento alle relazioni con il gruppo dei coetanei, con le figure adulte; alla frequenza, anche in relazione ad un eventuale rischio di abbandono; all'andamento globale, ecc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO LIBERO

(Con particolare riferimento alle relazioni con gruppi di coetanei; alla tipologia di eventuali riferimento aggregativi)

.....

.....

.....

.....

.....

OBIETTIVI DEL SISMIF:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TIPOLOGIA INTERVENTI

.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUANTIFICAZIONE INTERVENTI SETTIMANALI Sismif (Proposta)

.....

Data

I REFERENTI DEL CASO

Allegato n. 2

**SERVIZIO DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO A MINORI IN FAMIGLIA
[S.I.S.Mi.F]**

Quadrante RM E

4

SCHEMA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE

5

PROTOCOLLO DOMANDA N.	DEL
-----------------------	-----

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO E RECAPITO TELEFONICO

Ente inviante		
Referente del caso	Tel.	e-mail

Eventuali interventi in atto da parte dell'Autorità Giudiziaria Minorile

Riferimento	Decreto del	Numero
-------------	-------------	--------

Attivazione richiesta espressamente dal Tribunale	
---	--

Altri Servizi coinvolti nel trattamento del caso	
---	--

Il Sismif può essere attivato anche in presenza di altre prestazioni e servizi forniti al nucleo familiare.

	Problematiche rilevate ed accertate	Punteggio	Assegnazione
Area tutela: totale 22 punti			
	AAGG: Vigilanza e sostegno	2	
	AAGG: Affidamento intra/etero familiare	4	
	AAGG: Affidamento al servizio sociale	6	
	AAGG: Affidamento al servizio sociale con limitazione della potestà genitoriale	10	
Deistituzionalizzazione: totale 18 punti			
	Minore istituzionalizzato	18	
Area socializzazione: totale 12 punti			
	Difficoltà integrazione scolastica	4	
	Isolamento	4	
	Carenze nei percorsi di inclusione sociale	4	
Area devianza: totale 16 punti			
	Comportamenti aggressivi e distruttivi, non riconoscimento dell'autorità e delle regole	4	
	Evasione obbligo scolastico	4	
	Rischio di devianza o coinvolgimento iniziale in circuiti di devianza	4	
	Primo approccio al consumo e o abuso di sostanze	4	
Area apprendimento: totale 8 punti			
	Carenze per mancanza di stimoli e motivazione	4	
	Difficoltà di apprendimento in ambito scolastico	4	
Area relazioni familiari: totale 24 punti			
	Comportamenti iper-adattivi del minore	4	
	Comportamenti iperprotettivi delle figure genitoriali	4	
	Mancanza di contenimento e regole	4	
	Storie di vita con percorsi di istituzionalizzazione	4	
	Conflittualità grave con i genitori o con altri componenti del nucleo	4	
	Trascuratezza carenza di cure e sostegno da parte dei genitori	4	
Totale punteggio			Σ

A parità di punteggio si dà precedenza alla data di presentazione della domanda

PROGETTO DI INTERVENTO: OBIETTIVI PRIORITARI

A. Sostenere adattamento alla realtà	<input type="checkbox"/>
B. Accompagnare processi di maturazione	<input type="checkbox"/>
C. Orientare alle scelte	<input type="checkbox"/>
D. Sostenere attività esterne	<input type="checkbox"/>
E. Assicurare una figura di riferimento adulta	<input type="checkbox"/>
F. Valorizzare le competenze individuali	<input type="checkbox"/>
G. Curare la socializzazione	<input type="checkbox"/>
H. Sostenere la genitorialità	<input type="checkbox"/>
I. Curare la comunicazione adulto/minore	<input type="checkbox"/>
L. Orientare e accompagnare alle attività esterne	<input type="checkbox"/>
M. Orientare e accompagnare ai servizi	<input type="checkbox"/>
N. Orientare la capacità educativa e di accudimento	<input type="checkbox"/>
O. Sostenere l'organizzazione familiare	<input type="checkbox"/>
P. Assicurare gli impegni scolastici e ricreativi	<input type="checkbox"/>

Grado di intensità assistenziale:

basso	medio	Medio-alto	alto

Tempi previsti per la realizzazione ed il raggiungimento degli obiettivi indicati

--

Fasi previste per monitoraggio e verifica obiettivi dell' intervento con l'Unità Valutativa:

1)

2)

3)

Roma li.....

L'Unità Valutativa Integrata

.....

.....

.....

Allegato n. 3

S.I.S.Mi.F.

Servizio di Sostegno e Integrazione del Minore in Famiglia

PEI - PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

MUNICIPIO ENTE GESTORE

Minore/Nucleo familiare:

Data di nascita del minore Età:

Data d'inizio dell'intervento:

Referente del caso.....

Educatore/i di riferimento:

Progetto Educativo

Macro AREE DI INTERVENTO:

• *COMPETENZE INDIVIDUALI*

1. OBIETTIVI.....
.....
2. Risultati attesi:
.....
3. Azioni:.....
.....
4. Alleanze/rete da attivare:
.....
5. Tempi previsti:
.....

• *CONTESTO FAMILIARE:*

1. Risultati attesi:
.....

- 2. Azioni:.....
.....
.....
- 3. Alleanze/reti da attivare:
.....
.....
- 4. Tempi previsti:
.....
.....
.....

- *CONTESTO SCOLASTICO*

- 1. Risultati attesi:
.....
.....
- 2. Azioni:.....
.....
.....
- 3. Alleanze/reti da attivare:
.....
.....
- 4. Tempi previsti:
.....
.....
.....

- *SOCIALIZZAZIONE*

- 1. Risultati attesi:
.....
.....
- 2. Azioni:.....
.....
.....
- 3. Alleanze/reti da attivare:
.....
.....
- 4. Tempi previsti:
.....
.....
.....

GRADO INTENSITA' ASSISTENZIALE.....

INTENSITA' SETTIMANALE PACCHETTO INDIVIDUALE.....

INTENSITA' SETTIMANALE PACCHETTO DI GRUPPO.....

MONITORAGGIO DEL PROGETTO (A CURA DEL REFERENTE DEL CASO):

.....
.....

TEMPI VERIFICA DEL PROGETTO: (A CURA DELLA UNITA' VALUTATIVA)

.....
.....

Documento redatto da:

.....
.....
.....
.....
.....

Data:

SCHEDA MONITORAGGIO INTERVENTO INDIVIDUALE (a cura del referente del caso)

Minore/Nucleo familiare: Et :
 Referente del caso: Data d'inizio dell'intervento:
 ENTE GESTORE: Educatore/i di riferimento:

Valutazione Raggiungimento degli obiettivi

MACRO AREA DI INTERVENTO	Azioni svolte	Critic� riscontrate	Risorse evidenziate	Risultato conseguito
COMPETENZE INDIVIDUALI				
CONTESTO FAMILIARE				
CONTESTO SCOLASTICO				
SOCIALIZZAZIONE				

Allegato n. 4

S.I.S.Mi.F.
Servizio di Sostegno e Integrazione del Minore in Famiglia

PIANO DI INTERVENTO

Questa Direzione, sulla base dei bisogni rilevati, delle motivazioni sociali espresse in atti di ufficio e valutate le risorse disponibili, approva il piano di trattamento individuale articolato in obiettivi, interventi, risorse e verifiche per il periodo da a in favore di:
COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITAETA'

INDIRIZZO

TELEFONO

Referente del caso proponente:

Ente di appartenenza:

OBIETTIVI :
.....
.....
.....
.....
.....

ENTE ACCREDITATO

TIPOLOGIA PRESTAZIONI:
.....
.....
.....
.....
.....

GRADO INTENSITA' ASSISTENZIALE.....

INTENSITA' SETTIMANALE PACCHETTO INDIVIDUALE.....

INTENSITA' SETTIMANALE PACCHETTO DI GRUPPO.....

PACCHETTI AGGIUNTIVI.....

FASCIA ORARIA.....

FIGURA PROFESSIONALE / OPERATORE.....

Sedi di svolgimento delle attività:.....

.....

Eventuale modalità di accompagnamento e mezzi di trasporto messi a disposizione

.....

Data

IL SERVIZIO SOCIALE DEL MUNICIPIO.....

LA FAMIGLIA.....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE.....



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 10

ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

*CRITERI OPERATIVI E PROCEDURE PER LA SELEZIONE DEGLI
ENTI GESTORI E PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI*

Il nuovo Sistema di Accreditamento degli Organismi che erogano servizi di prossimità

Obiettivi e motivazioni

L'esigenza posta dall'avvio delle procedure di approvazione del nuovo PRS impone di affrontare contemporaneamente la trattazione di due tematiche fondamentali, di per sé obiettivi e priorità cui mira l'Amministrazione ed elementi indispensabili per accompagnare i processi di modifica del sistema di interventi / servizi:

- a. la ri-elaborazione del sistema di erogazione degli interventi / servizi di prossimità
- b. la revisione e l'adeguamento del sistema di "regole" che governano l'erogazione dei servizi / interventi attraverso la ri-definizione dei modelli di riferimento.

Correlati con le due tematiche, le priorità e i macro obiettivi cui mira l'Amministrazione possono essere così sintetizzati:

- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e riallineamento delle stesse
- Definizione precisa delle regole di funzionamento del sistema di interventi / servizi del PRS
- Allargamento della fascia di popolazione raggiunta e accolta nei servizi
- Qualità degli interventi
- Uniformità delle prestazioni
- Sviluppo di innovazione e progettualità.

Se su alcuni punti è stato avviato un percorso di rivisitazione del modello dell'assistenza domiciliare, quale fondamentale servizio tra quelli di prossimità, su altri punti individuati occorre procedere attraverso una modifica del Regolamento approvato con Deliberazione C. C. n. 90/2005.

La sfida posta con la deliberazione C.C. n. 90 nel 2005 – sistematizzare la precedente esperienza di accreditamento del Comune di Roma alla luce dell'acquisizione dei principi espressi dalla l. 328/2000 - ha ottenuto risultati importanti sotto diversi profili (per esempio, un forte radicamento territoriale della progettualità degli enti) ma necessita oggi, vigilia di altre importanti sfide e di nuovi presupposti / condizioni per rispondere ai bisogni della popolazione, di incontrare in modo più adeguato e uniforme altre esigenze, da coniugare con quelle sopra riportate tra gli obiettivi:

- Creare maggiori presupposti di scelta da parte dei committenti (i Municipi) nella selezione delle offerte progettuali.
- Implementare e qualificare il livello di valutazione dei bisogni svolto dai servizi comunali connettendolo alla competenza / organizzazione / innovazione delle proposte presentate dagli enti.
- Descrivere attentamente e curare il rispetto dei criteri e dei requisiti di partecipazione alla rete dei servizi.
- Regolamentare il sistema di relazione col terzo settore e sottoporlo a misure adeguate di valutazione, potenziando una funzione essenziale tra quelle di prerogativa del pubblico.

Il percorso da intraprendere è strettamente correlato con quello riguardante l'approvazione del PRS, stante il fatto che la definizione degli obiettivi sui quali l'Amministrazione intende operare nel medio periodo non può prescindere dalla contemporanea ri-definizione delle "regole" di funzionamento del sistema di relazione con l'esterno, in quanto co-protagonista delle azioni - obiettivo: istituzioni, enti privati e cittadini.

In particolare, tale ri-definizione deve mettere in relazione:

1. Il nuovo modello di assistenza domiciliare con il sistema di validazione degli enti che saranno *accreditati* a svolgere gli interventi, sfida ambiziosa sotto il profilo degli obiettivi come sopra elencati.
2. Il sistema di risposte al bisogno con la puntualità e la precisione delle regole di governo della materia.
3. La capacità di permettere l'espressione e le potenzialità della progettazione/innovazione con il rispetto degli obiettivi dell'Amministrazione.
4. Offrire la possibilità di diffusione delle buone prassi con le diverse specificità territoriali.

Presupposto prioritario per il buon funzionamento deve essere la statuizione di regole di funzionamento che rispettino l'incrocio delle esigenze dei due soggetti in campo (pubblico – privato) assicurando il maggior vantaggio possibile ai fruitori (cittadini).

L'Amministrazione, con riguardo ai servizi che gli organismi accreditati offrono sul mercato "privato", ovvero svincolato dalla committenza pubblica, potrà fornire

informazioni sulle suddette prestazioni, su richiesta dell'utenza. Contestualmente i competenti Uffici dipartimentali predisporranno gli strumenti adeguati a registrare eventuali segnalazioni e/o commenti da parte dei fruitori dei servizi medesimi.

Dunque, mentre in parallelo si sta avviando la sperimentazione di un nuovo modello di assistenza domiciliare rivolto ad anziani e disabili, si rende improrogabile definire il quadro all'interno del quale saranno fissate le regole di comportamento che permettono lo svolgimento delle attività.

Occorre, altresì, procedere alla individuazione delle nuove regole - oltre al modello di assistenza domiciliare rivolto ad anziani e disabili - anche per i servizi dedicati alle persone affette da HIV e ai minori (ex SISMIFF).

Oggetto della nuova regolamentazione saranno i cosiddetti "servizi alla persona" o "servizi sociali di prossimità", chiarendo che si intendono esclusivamente quei servizi di carattere non residenziale, definiti come segue:

per "servizi sociali di prossimità" si intendono servizi con specifica progettualità individualizzata (elaborazione e attuazione di un Piano di Intervento Personalizzato, P.I.P., ovvero realizzazione di percorsi diversificati secondo i bisogni e gli obiettivi da raggiungere).

Tra tali servizi sono compresi:

- *interventi di tipo domiciliare* (persone in condizioni di limitazione o assenza di autosufficienza, i cui interventi prevedono una prevalenza di aiuto alla persona mirata alla permanenza nel proprio ambiente quotidiano di vita, anche al fine di evitare - ove possibile - il ricorso all'istituzionalizzazione e fornire supporto all'eventuale *care giver*);
- *interventi di tipo domiciliare mirati a favorire percorsi di mantenimento di autonomia* anche attraverso il supporto e l'accompagnamento nelle attività di vita quotidiana;
- *interventi mirati a favorire percorsi di socializzazione e di eventuale acquisizione e mantenimento di capacità, interessi e abilità professionali*;
- *percorsi e interventi di recupero, inserimento e reinserimento nel tessuto sociale e lavorativo.*

L'iscrizione al registro vedrà immutato, rispetto alla deliberazione CC n. 90/2005, il riferimento alle "aree" di cittadini che costituiscono la popolazione target dei servizi:

- Cittadini anziani
- Cittadini con disabilità
- Minori
- Adulti e fragilità sanitarie.

Le nuove linee di attuazione del Registro sono così individuate:

1. Criteri e requisiti per l'iscrizione
2. Individuazione delle norme di funzionamento del Registro
3. Il sistema di controllo
4. Il sistema sanzionatorio.

1. Criteri e requisiti per l'iscrizione

La riforma del sistema di erogazione degli interventi / servizi di prossimità, il relativo adeguamento di modelli e "regole" di funzionamento ha implicato – come accennato in premessa – anche l'avvio di un percorso di rivisitazione del sistema di validazione degli enti che saranno accreditati a svolgere interventi a carattere socio-assistenziale per conto dell'Amministrazione.

L'ipotesi elaborata per riorganizzare il sistema istituzionale di "accreditamento" degli organismi che operano nei servizi alla persona, prende in considerazione l'opportunità di attuare uno strumento di più ampia applicazione finalizzato a una "validazione pubblica" degli organismi del terzo settore e dei servizi dagli stessi offerti.

A tal fine si distinguono due fasi:

- a) l'accreditamento cittadino basato sulla validazione degli organismi che possono presentare offerte/progetti alle strutture dell'Amministrazione (sulla base di selezioni pubbliche da cui discenderà l'idoneità del soggetto alla gestione dei servizi da erogare). Tale riconoscimento da parte dell'Amministrazione, come sopra accennato, potrà essere pubblicizzato anche agli utenti dei servizi che gli organismi stessi offrono sul mercato privato;

- b) l'affidamento dei servizi agli enti accreditati che abbiamo presentato i progetti/offerte considerate più adeguate alle esigenze espresse dall'Amministrazione.

La prima fase – di competenza del Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute - dovrà prevedere l'istituzione di un nuovo Registro Cittadino a cui saranno iscritti tutti gli organismi validati sulla base del possesso di determinati requisiti e distinti in base all'area di intervento richiesta.

Una Commissione per la gestione del Registro - istituita con apposita determinazione del Dirigente della competente U.O. dipartimentale Azioni di Sistema e Attuazione PRS e composta da rappresentanti degli Uffici dipartimentali e municipali, nominati in base all'esperienza nelle 4 aree d'intervento - avrà il compito di esaminare le domande.

Tra i requisiti previsti per l'accreditamento dovranno, quanto meno, essere considerati quelli di seguito elencati, ferme restando ulteriori modifiche e integrazioni previste con specifico provvedimento degli organi competenti:

- Illustrazione della struttura e del sistema organizzativo aziendale – capacità economiche.
- Presentazione dell'organigramma, disponibilità e differenziazione delle figure professionali nei vari livelli/funzioni operative – formazione e aggiornamento del personale – rilevazione e valutazione della qualità interna all'organizzazione.
- Individuazione di processi di sistema adeguati all'organizzazione (tra cui: le forme di selezione del personale, modalità e strumenti di coordinamento, misure per garantire la qualità interna, adozione di un registro degli utenti).
- Illustrazione degli strumenti di validazione e verifica della qualità dei servizi erogati.
- Presentazione della dotazione tecnico-strumentale che consenta risposte operative rapide.
- Declinazione dei criteri e degli strumenti operativi per la rilevazione del bisogno – schema del piano d'intervento personalizzato (P.I.P.).

- Descrizione dell'esperienza maturata e utilizzo costante delle risorse che le reti territoriali sono in grado di esprimere.
- Dichiarazione di impegno al rispetto delle normative in materia di CCNL e relativi accordi integrativi, sicurezza nei posti di lavoro e privacy.
- Personalizzazione degli interventi.
- Capacità di produrre progettualità, spazi e strutture per gli interventi "uno a molti" e attività di gruppo.
- Possibilità di gestione degli spostamenti degli operatori sul territorio ottimizzando tempi e risorse.
- Carta dei servizi in cui saranno esplicitati e descritti i servizi offerti e i relativi i costi elaborata secondo lo schema, allegato al presente documento.

Per i requisiti sopra elencati ed eventuali altre qualità/competenze degli organismi richiedenti, saranno previste delle pesature e un punteggio minimo per ottenere l'accreditamento con relativa iscrizione al Registro. Tali punteggi non avranno influenza nei procedimenti attivati in fase di affidamento.

Alla Commissione verrà attribuita la vigilanza sulla permanenza dei requisiti e l'esame di eventuali ricorsi in autotutela, relativi a un eventuale rigetto delle domande di accreditamento.

Per quanto riguarda la fase di affidamento, si procederà alla individuazione del soggetto prestatore di servizi, abilitato alla gestione degli stessi, attraverso procedure volte alla verifica del possesso di specifici requisiti e alla valutazione delle offerte.

Al fine di dare omogeneità ed uniformità su tutto il territorio cittadino, alle procedure di affidamento, saranno definiti – con successivo specifico provvedimento – gli elementi procedurali e contrattuali comuni agli Uffici territoriali e dipartimentali committenti, da utilizzare nella fase attuativa, ferma restando la facoltà di integrare tali elementi, con ulteriori specificità inerenti i servizi da affidare.

Gli organismi accreditati potranno presentare i progetti e le offerte sulla base degli avvisi pubblici emanati dalle strutture dell'Amministrazione, senza limiti di carattere territoriale.

Tra gli elementi essenziali che dovranno risultare nell' avviso pubblico, si evidenziano:

- l'attivazione delle relazioni di rete, specificandone l'area di intervento e gli enti interessati;
- le figure professionali qualificate che saranno messe a disposizione, in relazione alla tipologia del servizio da erogare e la presenza di un coordinatore;
- la capacità progettuale;
- l'adozione di un documento sul funzionamento della singola tipologia di servizio.

Con riguardo alla procedura di affidamento dei servizi e presa in carico dell'utenza - ferma restando la facoltà degli organismi di presentare i propri progetti/offerte presso qualsiasi struttura territoriale e dipartimentale - occorre prevedere dei criteri di distribuzione dei servizi. Al fine di consentire il rispetto della libera concorrenza e di garantire una maggiore possibilità di scelta da parte dei Municipi, verranno fissate percentuali minime e massime del numero dei piani d'intervento, che potranno essere affidati al medesimo organismo.

Tale sistema - fermi restando il rispetto della libera concorrenza tra i soggetti accreditati, le opportunità di scelta degli Uffici committenti e degli utenti - sarà finalizzato al perseguimento di un equilibrio complessivo del numero degli organismi gestori, allo scopo di prevenire e contrastare possibili rischi di concentrazione degli affidamenti a favore di pochi enti, garantendo in tal modo un'adeguata capacità gestionale degli stessi e una maggiore qualità dei servizi resi.

Nei settori in cui specifiche ed esclusive competenze professionali siano state maturate da pochi o esclusivi organismi, di fatto, insufficienti a soddisfare la domanda complessiva cittadina o degli Uffici dipartimentali, sarà possibile derogare alle limitazioni sopra indicate. In tali ambiti, l'Amministrazione promuoverà con l'impegno degli organismi medesimi, processi di formazione del personale per favorire l'acquisizione delle competenze da parte di un maggior numero di enti accreditati.

La U.O. "Azioni di sistema e Attuazione P.R.S." avrà un ruolo di supervisione, vigilanza e coordinamento degli affidamenti dei servizi affidati a livello territoriale e cittadino.

La medesima U.O. sarà il riferimento per la Commissione per la gestione del Registro nell'istruttoria delle domande di accreditamento e per la vigilanza relativa alla permanenza dei requisiti, nonché la gestione di una banca dati degli iscritti al Registro Cittadino. I Municipi dovranno fornire, a tal fine, i dati e le notizie in merito alle selezioni degli organismi idonei e quelli affidatari dei servizi.

2. Individuazione delle norme di funzionamento del Registro

Le domande di **accreditamento** saranno presentate al Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute senza vincoli temporali di scadenza; saranno ammesse le richieste di cooperative sociali, associazioni e consorzi, che operano nei servizi socio-assistenziali sul territorio cittadino. Restano escluse le ATI e le organizzazioni di volontariato. In fase di approvazione dell'apposito provvedimento che definirà le specifiche obbligatorie atte a ottenere l'accreditamento potranno essere previste ulteriori condizioni, rispetto ai soggetti abilitati alla gestione dei servizi di prossimità, in convenzione con l'Amministrazione.

Per gli organismi già accreditati a livello cittadino e municipale - ai sensi della del. 90/2005 - saranno previsti appositi processi che consentiranno agli enti stessi, l'adeguamento al nuovo sistema.

La costituzione della Commissione per la gestione del Registro e le modalità per il suo funzionamento, saranno oggetto di appositi provvedimenti del competente Dirigente del Dipartimento Promozione dei Servizi sociali e della Salute, così come i documenti e le circolari per la concreta attuazione del nuovo sistema e i modelli per la valutazione dei requisiti e degli standard richiesti per l'iscrizione al Registro.

Relativamente alla fase dell'**affidamento** si dovranno prevedere azioni e relazioni tra gli Uffici dell'Amministrazione tesi al monitoraggio del processo stesso. In particolare:

- Le strutture che intendono avviare il procedimento di affidamento - attraverso una ricognizione delle offerte degli organismi accreditati - dovranno in precedenza comunicare agli Uffici della competente U.O. dipartimentale: le tipologie dei servizi messi a bando, il numero degli utenti già in carico e quelli assorbiti dalle liste d'attesa che dovranno essere assistiti, la spesa prevista. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto dagli avvisi.

- Le prime ricognizioni, improntate ai criteri della presente riforma, saranno avviate contestualmente da tutte le strutture territoriali (sulla base di una calendarizzazione indicata dal Dipartimento), trasmettendo alla U.O. Azioni di Sistema attuazione P.R.S. copia degli atti relativi all'aggiudicazione provvisoria per un primo monitoraggio sulla tempistica e i criteri previsti per le aggiudicazioni.

La Giunta Capitolina potrà adottare eventuali ulteriori provvedimenti che si renderanno necessari per un riequilibrio complessivo degli affidamenti, sia a livello municipale che dipartimentale, attraverso l'adozione di correttivi basati sulla variazione delle percentuali minime/massime del numero dei piani d'intervento messi a bando dagli Uffici committenti e che potranno essere affidati al medesimo organismo, sempre nel rispetto della normativa vigente.

3 Il sistema di controllo

Il nuovo sistema di accreditamento dovrà prevedere una serie di controlli a cura del Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute e della Commissione, per quel che concerne il Registro e il sistema dell'accREDITamento; mentre spettano ai Municipi e agli Uffici dipartimentali committenti i controlli sull'esecuzione della convenzione relativa ai servizi affidati.

In particolare il Dipartimento, con il supporto della Commissione per la gestione del Registro, svolge la funzione di controllo:

- 1) sulla permanenza dei requisiti di accesso;
- 2) sull'esame preventivo di ricorsi e contenziosi inerenti il Registro;
- 3) sull'accertamento delle segnalazioni relative a disfunzioni e irregolarità nella gestione dei servizi affidati dall'Amministrazione, che perverranno sia dagli Uffici committenti, sia dai cittadini utenti, sia da altri soggetti fruitori dei servizi offerti dall'organismo accreditato anche a livello privato;

Inoltre la Commissione fornirà supporto alle strutture territoriali e dipartimentali committenti, per l'accertamento delle criticità ed eventuali contenziosi con gli organismi, registrati nella fase esecutiva degli affidamenti.

Il sistema sanzionatorio.

A fronte del sistema di controllo come sopra descritto, occorre prevedere un adeguato sistema di sanzioni.

Per quanto riguarda le irregolarità derivanti da violazioni delle regole per l'iscrizione al Registro, il competente Dirigente della U.O. Azioni di Sistema e Attuazione P.R.S., su proposta della Commissione, sentite le risultanze delle verifiche operate dai competenti Uffici potrà:

- predisporre un richiamo formale;
- definire un tempo utile per il ripristino delle condizioni previste per l'accreditamento;
- Sospendere in via temporanea l'iscrizione al Registro e, per gravi motivi, richiedere all'ufficio committente di sospendere l'esecuzione della convenzione;
- adottare il provvedimento di cancellazione dal Registro, verificata ogni possibilità di ricondurre la posizione dell'organismo, entro gli ambiti di regolarità previsti dal Registro;
- invitare l'ufficio committente a risolvere la convenzione con l'organismo destinatario di un provvedimento di cancellazione dal Registro

Tali sanzioni potranno discendere, sia dai controlli effettuati – periodicamente e /o a campione dagli Uffici della competente U.O. dipartimentale - sia su segnalazione degli Uffici committenti riguardanti inadempienze nella gestione dei servizi affidati che possano influire sulla veridicità o permanenza dei requisiti di iscrizione al RUC.

Spetterà, inoltre, alle strutture territoriali e dipartimentali committenti, applicare le sanzioni conseguenti ai disservizi rilevati nella esecuzione delle prestazioni e al mancato rispetto degli obblighi e delle clausole contrattuali, con particolare riferimento:

- a) alle sanzioni di natura pecuniaria, per reiterati e dannosi comportamenti nei confronti dell'utenza e/o dell'Amministrazione;
- b) alla risoluzione del contratto, nei casi di grave inadempimento previsti dallo stesso e dalla normativa vigente in materia.

Gli uffici committenti dovranno segnalare alla U.O. Azioni di Sistema e alla Commissione per la gestione del Registro, tutti i contenziosi ed i disservizi accertati a carico degli organismi affidatari, di cui si terrà conto nelle informazioni registrate nel data-base.

SCHEMA DI RIFERIMENTO PER LA CARTA DEI SERVIZI SOCIALI DI PROSSIMITA' REDATTA DAGLI ORGANISMI RICHIEDENTI L'ACCREDITAMENTO

1. Indice

2. che cosa è la carta dei servizi e a chi si rivolge

Anno e/o periodo di riferimento della carta, stakeholders considerati (utenti privati, enti committenti, ecc.)

3. presentazione dell'organismo

- come e quando nasce l'organismo
- sede e riferimenti per contatti, sito web, ecc.
- responsabili, soci e organizzazione

4. descrizione della propria mission

- Campo di intervento in generale
- finalità/obiettivi fondanti (tale punto può essere meglio specificato nella descrizione di ogni servizio)
- principi/valori fondamentali a cui si ispira l'attività

5. La rete di riferimento

Esporre le modalità, le finalità/attività e i soggetti con cui sono state costruite relazioni di rete nel territorio in cui opera l'organismo.

6. informazioni sulle strutture e/o i servizi offerti

- referente
- descrizione del servizio/struttura
- a chi è rivolto
- modalità di accesso
- come funziona
- quali attività prevede
- figure professionali coinvolte
- prezzi praticati

7. standard di qualità, impegni e programmi di miglioramento

Gli obiettivi che l'ente si prefigge possono essere esposti in forma generale, ma è attraverso l'individuazione degli indicatori e degli standard che l'organismo presenta il proprio programma di miglioramento, offrendo nel dettaglio uno strumento di conoscenza della propria offerta e di controllo da parte dell'utenza sulle modalità e i tempi di erogazione degli interventi.

Pertanto al fine di presentare un quadro di facile lettura è opportuno elaborare una griglia che contenga:

I fattori considerati significativi al fine di misurare/migliorare la qualità della propria attività nel periodo di riferimento della carta (annuale o biennale), o del singolo progetto/servizio.

Per ogni fattore saranno individuati uno o più i indicatori attraverso cui misurare ciascun fattore.

Gli standard relativi ad ogni indicatore ritenuti essenziali per una buona qualità del servizio e/o per il miglioramento delle prestazioni (per standard, qualitativo o numerico, si intende il valore che viene attribuito ad un determinato indicatore come soglia minima o massima o come risultato atteso, effettivamente perseguibile,).

I fattori/indicatori/standard possono riguardare l'organismo nel suo insieme e/o i singoli servizi e possono essere di carattere strutturale (ad esempio: l'organizzazione interna, la formazione dei dipendenti, il coordinamento, ecc.), di processo (le fasi di erogazione dei servizi), di risultato (gli effetti che un determinato intervento produce sull'utente).

Esempio di griglia (quanto di seguito riportato deve essere considerato come un "set" minimo di fattori e rispettivi indicatori che ogni organismo potrà implementare secondo le proprie necessità)

<i>Fattore di qualità</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Standard o obiettivo di miglioramento *</i>
<i>Attività di coordinamento</i>	<i>Incontri dello staff</i>	$\geq X$ incontri annui
	<i>Incontri di supervisione con singolo operatore</i>	$\geq X$ incontri mensili
<i>Aggiornamento/formazione operatori</i>	<i>Ore annue di aggiornamento</i>	$\geq XX$
	<i>Stage/tirocini attivati per operatori formati</i>	XX %
<i>Tempi di risposta alle richieste di attivazione del servizio</i>	<i>Giorni</i>	$\leq X$
<i>Informazione all'utenza</i>	<i>Orari sportello informazione /comunicazione all'utenza</i>	<i>Implementare le giornate di apertura da X a Y gg. settimanali</i>
	<i>Sito internet</i>	<i>Si/ da implementare</i>
<i>Strumenti di valutazione della qualità del servizio</i>	<i>Questionari o altro strumento di rilevazione</i>	<i>Somministrazione X volte l'anno</i>
	<i>Incontri coordinatore/utente</i>	<i>X ogni Y mesi</i>
	<i>Verifiche al domicilio dell'utente</i>	<i>X volte l'anno</i>

* gli standard/obiettivi di miglioramento saranno a cura dell'organismo ovvero meglio specificati con apposito provvedimento dell'Amministrazione

8. Sistema e strumenti di valutazione della qualità dei servizi erogati

Il sistema di valutazione adottato – ferma restando una relativa autonomia e ricchezza metodologica - dovrà comunque prendere in considerazione:

la qualità delle modalità di accesso e i tempi di presa in carico

la qualità delle prestazioni erogate

la qualità di informazione sui servizi forniti ai cittadini

la qualità percepita dagli utenti

La descrizione pertanto dovrà essere articolata preferibilmente come segue:

- A cosa serve la valutazione
- Cosa si valuta
- Accenni alla metodologia applicata e quali soggetti coinvolge
- Gli strumenti per le rilevazioni (ove possibile offrire esempi e documentazione)

9. forme di tutela dei diritti degli utenti

Descrivere le modalità e gli strumenti con cui si concretizzano:

- informazione
- partecipazione
- riservatezza
- forme e strumenti per raccogliere e gestire i reclami

10. forme di risarcimento agli utenti in caso di disservizio e/o mancato rispetto degli standard.

- Modalità di recupero degli interventi non effettuati per cause non imputabili all'utente
- Ulteriori interventi e/o opportunità proposte all'utente lì dove il recupero dell'intervento non è attuabile o sufficiente a ripianare il disagio arrecato.
- Ulteriori benefit previsti in caso di mancato intervento o raggiungimento degli standard previsti.

.....



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 11

ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

“VERSO IL NUOVO PIANO REGOLATORE SOCIALE CITTADINO”

*LINEE GUIDA PER LA REVISIONE DELLE DELIBERE
CONSIGLIO COMUNALE N° 154/97 E N° 163/98*

a cura del Servizio Azioni di Sistema – Ufficio Piano Regolatore Sociale

LINEE GUIDA PER LA REVISIONE DELLE D.C.C. 154/97 E 163/98

Nell'ambito delle azioni rientranti nelle misure di contrasto alla povertà, così come definite dalla l. 328/00, con le delibere 154/97 e 163/98, i Municipi erogano contributi economici mirati a sostenere, nel primo caso progetti di intervento sociale elaborati dall'assistente sociale e condivisi con il beneficiario e nel secondo caso l'emergenza abitativa di famiglie e persone.

Nella quasi totalità delle strutture le procedure di accesso ai due contributi sono differenziate; infatti, nel caso della 163, i cittadini sottoposti a procedura di sfratto esecutivo e che possiedono determinati requisiti, accedono ad una graduatoria, non vi è, in tal caso, un percorso di "presa in carico" del caso e il percorso stesso è delineato per lo più da una valutazione/acquisizione dei requisiti.

Nel caso, invece, dei contributi 154, si procede ad una valutazione ed una presa in carico da parte dell'assistente sociale. La valutazione del bisogno è di tipo "pluridimensionale", e stante i requisiti definiti dalla delibera, l'accertamento prevede, allo stato attuale, la dichiarazione e la certificazione da parte dell'utente, ma anche l'attivazione delle metodologie professionali, per l'accertamento della complessiva situazione sociale ed economica della persona e del nucleo familiare. Quindi, viene concordato un progetto di intervento sostenuto da un contributo economico, progetto che viene periodicamente verificato e in caso di inadempienze, rimodulato oppure revocato.

Le successive linee guida, dunque, rispondono sia ad una esigenza di razionalizzazione sia ad un'esigenza di adeguamento, oltreché economico, anche di ampliamento delle fattispecie di accesso all'intervento stesso.

Le stesse potranno essere recepite da successivo regolamento da emanare entro 60 gg. (a seguito di ricognizione e consultazione con i Municipi) e prevedono:

- 1) Per la D.C.C. 163/98, accanto al percorso previsto per una valutazione/acquisizione dei requisiti e conseguente accesso al contributo, disciplinare una conseguente presa in carico da parte dell'assistente sociale, nei casi che saranno previsti, per una valutazione del bisogno di tipo "pluridimensionale" che favorisca la definizione di un progetto di intervento globale;
- 2) Adeguare i parametri di reddito delle persone ed degli importi massimi di concorrenza all'affitto a criteri oggettivi di adeguamento per renderli effettivamente utili ad attivare percorsi di fuoriuscita dal circuito dell'indigenza;

- 3) Previsione della presentazione del Modello ISEE elaborato e rilasciato dai centri Caf autorizzati da Roma Capitale tra i documenti necessari alla valutazione della domanda. Inoltre, per la valutazione della condizione socio-economica, familiare, del bisogno assistenziale, e, nello specifico, ai fini della definizione del progetto di intervento globale, il servizio sociale acquisirà ulteriore e necessaria documentazione. Le persone, per la particolare situazione di fragilità, non in grado di presentare documentazione ISEE, saranno in tal senso supportate dai servizi sociali;
- 4) Creazione di un regolamento attuativo ed operativo che uniformi le procedure di valutazione ed assegnazione del contributo economico in tutti i Municipi;
- 5) Aumentare il finanziamento dedicato alle borse di studio, lavoro o tirocini, che rappresentano una tappa fondamentale nel percorso propedeutico all'inserimento professionale, rendendo obbligatoria l'attivazione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo nei casi di donne sole o adulti;
- 6) Ampliare le fattispecie tutelate e previste per l'accesso ai contributi già previsti dalla 163/98 art.2 inserendo tutti i casi in cui la persona abbia perduto la disponibilità dell'alloggio a seguito di provvedimenti esecutivi del Tribunale, ad es.: ordinanza o sentenza anche parziale nei confronti del coniuge che imponga l'abbandono della casa coniugale.



COMMISSIONE DI PIANO

ALLEGATO 12

ALLO SCHEMA DEL PIANO REGOLATORE SOCIALE 2011-2015

**LINEE GUIDA PER LA TRASFORMAZIONE DEI CENTRI
ANZIANI COMUNALI IN ASSOCIAZIONI**

LINEE GUIDA PER LA TRASFORMAZIONE DEI CENTRI ANZIANI COMUNALI IN ASSOCIAZIONI

Sin dalla loro istituzione i Centri Sociali per Anziani hanno rappresentato un punto di riferimento territoriale per la socializzazione e l'attivazione delle persone anziane. La possibilità di condividere momenti aggregativi, fare nuovi incontri, partecipare alla costruzione di un cammino comune insieme a persone dotate di un patrimonio culturale ed esperienziale da scoprire, rappresenta l'esplicazione pratica del concetto di protagonismo generazionale. L'idea stessa di terza età in questi ambiti partecipativi ha subito una significativa evoluzione che ci porta oggi a vedere l'avanzamento del tempo ed il pensionamento come occasioni per coltivare nuovi interessi, vivere più liberamente il territorio, guardare la città con lo spirito propositivo di chi ha idee e proposte da "mettere in campo". In tal senso quello che inizialmente poteva essere visto semplicisticamente come un luogo di ritrovo per anziani è, in molti casi, divenuto un vero e proprio punto di riferimento sociale e culturale delle comunità locali.

Per questi motivi si ritiene indispensabile aggiornare la forma organizzativa dei CSA che sino ad ora, seppure molto attivi, non hanno avuto il giusto riconoscimento giuridico. Lo status di Associazione senza scopo di lucro è lo strumento adatto a garantire agli iscritti ai Centri Anziani di Roma Capitale il diritto alla partecipazione, alla progettazione, all'organizzazione e gestione delle attività che li riguardano.

Trasformando i CSA in Associazioni di anziani si attiva un circuito virtuoso in cui le buone prassi, che ogni realtà associativa riuscirà a produrre, potranno essere adeguatamente valorizzate ed avere un diretto riscontro sulla dimensione organizzativa dell'Associazione stessa.

Infatti la maggiore predisposizione della forma Associativa, rispetto alla attuale, a creare risorse aggiuntive, sia progettuali che provenienti da attività di fund raising, destinabili al patrimonio associativo, permetterebbe un'espansione inevitabile degli strumenti a disposizione degli anziani oltreché un conseguente efficientamento delle risorse messe a disposizione dall'Amministrazione.

La dotazione dei CSA di una precisa forma giuridica consentirebbe inoltre di liberare le potenzialità propositive degli iscritti, che si troverebbero nella condizione di superare la mera funzione gestionale delle attività quotidiane del centro per abbracciare la pianificazione di iniziative di maggiore respiro, anche in sinergia con il variegato e ricco panorama associativo già presente nel territorio capitolino.

Con il provvedimento di trasformazione dei Centri Sociali per Anziani in associazioni senza scopo di lucro e costituite nel rigoroso rispetto della cornice

normativa nazionale, l'Amministrazione Capitolina intende pertanto confermare la strategia di valorizzazione della terza età come risorsa indispensabile per lo sviluppo della comunità cittadina secondo il principio della partecipazione di tutti alla vita civile e sociale.

E' necessario, al riguardo, nell'ottica di una efficace integrazione regolamentare, individuare sia gli elementi generali che quelli specifici di riferimento cui riconoscere valenza nel processo di trasformazione, assicurando al contempo una maggiore operatività delle costituenti Associazioni ed una più facile collaborazione operativa fra le stesse.

Tra gli elementi generali devono risultare:

- le caratteristiche degli iscritti ed il collegamento con la struttura territoriale di riferimento;
- le modalità di funzionamento dell'associazione
- lo statuto e l'atto costitutivo
- gli organismi di autogoverno e le loro attribuzioni
- le risorse e/o benefici riconosciuti da terzi all'associazione, dall'Amministrazione centrale ai Municipi e, da questi, alle singole associazioni
- gli strumenti di rendicontazione delle risorse erogate.

Nell'individuazione degli elementi progettuali specifici, dovrà tenersi conto del numero minimo e massimo degli iscritti; della capacità di progettare e realizzare le attività sia nell'ambito di riferimento, sia nelle diverse realtà territoriali; capacità di attrarre risorse da settori diversi dell'Amministrazione capitolina, ecc.

A seguito di una procedura pubblica, verranno individuate le Associazioni di anziani che sostituiranno i CSA, che saranno iscritte nell'elenco municipale, di cui si dovranno stabilire le regole di funzionamento.

I rapporti dell'associazione con il municipio di riferimento, saranno curati dal "Coordinamento municipale delle associazioni degli anziani", organismo di cui faranno parte i Presidenti ed i Vice Presidenti di tutte le associazioni costituite nell'ambito di una singola struttura territoriale.

A livello cittadino il "Coordinamento cittadino delle associazioni degli anziani", cui partecipano i rappresentanti di tutti i coordinamenti municipali sarà, invece, l'interlocutore del competente ufficio del Dipartimento per la Promozione delle Politiche Sociali e della Salute.

Anche dal punto di vista finanziario la forma associativa si dimostra più "moderna", consentendo l'indipendenza dei nuovi soggetti, che potranno finanziare i propri programmi di attività con risorse concorrenti da Statuto e con fondi che il Dipartimento metterà a disposizione dei Municipi che, a loro volta, provvederanno ad erogare sulla base degli elementi appositamente individuati e valutati a tal fine.

La promozione delle eccellenze, come anche lo stimolo ad iniziative che portino le associazioni di anziani a confermare il proprio ruolo di riferimento socioculturale locale, sono dunque i cardini della trasformazione che si intende realizzare, che avverrà nella cornice di un processo partecipato che consenta agli stessi interessati di essere protagonisti del cambiamento, sin dal suo incipit, ovvero dalla fase di individuazione delle matrici progettuali ed organizzative delle Associazioni di Anziani.

Ai fini della trasformazione dei CSA in associazioni, come sopra descritto, si prevede l'adozione di uno schema unico di Statuto associativo e l'avvio di un largo processo di concertazione.

Infine, nel percorso attuativo si terrà conto delle necessarie operazioni di raccordo e omogeneizzazione con l'attuale Regolamento (deliberazione dell'Assemblea Capitolina n. 28 del 13/12/2010).