



COMMISSIONE DI PIANO

**Gruppo di lavoro
“Salute, disabilità e disagio psichico”**

CURA E INCLUSIONE

A cura di Fausto Giancaterina e Aldo Morrone

Documento in progress

Roma, settembre 2010

SOMMARIO

<u>PREMESSA.....</u>	<u>3</u>
<u>INTRODUZIONE.....</u>	<u>4</u>
<u>LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....</u>	<u>6</u>
<u>GLI INTERVENTI SOCIALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....</u>	<u>8</u>
<u>I PUNTI DI FORZA DEL SISTEMA: PRASSI OPERATIVE.....</u>	<u>16</u>
<u>NODI DA SCIogliere: ELEMENTI DI CRITICITÀ.....</u>	<u>20</u>
<u>PISTE DI LAVORO.....</u>	<u>22</u>
<u>ALLEGATI.....</u>	<u>27</u>
<u>Allegato 1 – La normativa in materia di promozione della salute e di assistenza.....</u>	<u>27</u>
.....	<u>30</u>
<u>Allegato 2 – Servizi per la mobilità delle persone con disabilità.....</u>	<u>30</u>
<u>Allegato 3 – La residenzialità delle persone con disagio mentale.....</u>	<u>31</u>
<u>Allegato 4 – L’inserimento lavorativo delle persone con disagio mentale.....</u>	<u>32</u>

PREMESSA

Questo testo presenta un quadro generale del sistema di interventi sociali relativi alla promozione della salute e alla condizione delle persone con disabilità o con disagio mentale a Roma. Contiene informazioni e dati sulla popolazione di riferimento, sulla 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 per successivi approfondimenti. Alcuni allegati, con ulteriori dati e analisi, contribuiscono a completare il quadro di riferimento.

Il testo costituisce una piattaforma informativa e di analisi per il “*Forum di confronto e proposta*” dedicato a queste tematiche per il nuovo Piano Regolatore Sociale della città di Roma, aperto alla partecipazione degli attori del welfare cittadino e della cittadinanza.

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.

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 **Fausto Giancaterina** e **Aldo Morrone**.

Marco Accorinti e **Martino Rebonato** infine hanno rielaborato e rivisto il testo finale.

Ai lavori del Gruppo hanno partecipato: **Maria Rosaria Barbera**, **Paola Bertoli**, **Erminia Bianchini**, **Alessandro Brugnoli**, **Matteo Cesaretti**, **Giulia Ciardo**, **Enzo Ciminelli**, **Concetta Cocucci**, **Michele Colangelo**, **Marina Cornacchia**, **Anna Maria D'Amicis**, **Emanuela Duranti**, **Luciana Gennari**, **Rita Gregori**, **Daniela Lutri**, **Elisa Monacelli**, **Costantino Rossi**, **Federico Russo**, **Anna Salvucci**, **Germana Santelli**, **Simonetta Sterpetti**, **Ornella Ugolini**, **Ilario Volpi** e **Marilena Zuccherofino**.

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.

Nel 2005, al quesito *"come va in generale la sua salute?"* il 61,3% delle persone di 14 anni e più ha risposto con una valutazione positiva ("bene" o "molto bene"), a fronte del 6,7% che ha invece dichiarato di stare "male" o "molto male", all'aumentare dell'età peggiorano le condizioni di salute dichiarate. In tutte le fasce d'età la quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male raddoppia o triplica tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare rispetto alle persone con titolo di studio più alto (laureati e diplomati): tra le persone di 45-64 anni si passa dal 3,2% al 9,1%, e tra quelle di 65-74 anni dal 7,2% al 16,7%. Nelle stesse fasce d'età, si eviden-

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.unhchr.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/

ziano almeno quattro punti di differenza sia per l'indice di stato fisico e quasi tre per quello di stato psicologico.

Analoghe differenze si osservano per quanto riguarda la morbosità: tra gli adulti di 45-64 anni, soffrono di una patologia cronica grave l'11,1% delle persone con laurea o diploma, mentre la quota raggiunge quasi il doppio (20,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza elementare; tra gli anziani di 65-74 anni si passa dal 28,4% al 36,5%. Per le persone multicroniche si rileva un andamento analogo.

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 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 di 25 anni e più.

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.

In sintesi, sono sempre le persone con un basso titolo di studio a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di morbosità cronica.

A Roma i servizi sanitari ed quelli sociali necessitano di una maggiore integrazione, come auspicato anche dalle linee programmatiche nel Documento di Programmazione economico-finanziaria del Comune di Roma. L'approccio integrato si rivela fondamentale sia per rispondere ai bisogni dei cittadini, sia per rompere il circolo vizioso che caratterizza l'esistenza dei segmenti più deboli del tessuto sociale cittadino e renderlo, progressivamente un circolo virtuoso.

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, come detto, 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 deliberazioni assunte a livello comunale.

- **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 composta 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, l’unica norma degna di nota è la recentissima 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 riserva almeno 5% per cooperative di integrazione da inserire nel P.E.G. annuale”.

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 comunale a tutela della salute e di promozione e sostegno alla cura delle persone con una disabilità grave o che hanno un disagio psichico riconosciuto.

Si tratta in realtà di un lungo elenco di misure e servizi⁴ che sono erogati da più soggetti, tra loro integrati e coordinati dal Dipartimento alle Politiche Sociali e Promozione della Salute.

In questo settore la componente sanitaria e quindi il ruolo delle Aziende Sanitarie si integra 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.

Dal punto di vista programmatico, il Dipartimento Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma ha consolidato le precedenti azioni riguardanti la realizzazione della riforma di cui alla legge 328/2000, oltre che avviare nuovi specifici percorsi volti a ottimizzare e migliorare la efficacia delle risorse, centrali e periferiche, destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

In particolare servizi come il Progetto "Città sane", quelli specifici per le persone malate di AIDS o per le persone ristrette in carcere, evidenziano la scelta di favorire l'integrazione dei servizi sanitari e sociali.

Il Comune infatti, per l'AIDS, oltre che assicurare interventi di assistenza domiciliare e carceraria a persone affette da HIV e sindromi correlate, assicura interventi di prevenzione, soprattutto nelle scuole, e promuove iniziative relative alla giornata mondiale dell'AIDS del 1 dicembre.

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;

⁴ In allegato, si presenta una breve descrizione delle tipologie dei servizi elencati.

- 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.

Da altro punto di vista, l'Amministrazione comunale ha avviato nel tempo alcuni servizi sociali che hanno forte caratteristiche di integrazione con il sanitario.

Si tratta di:

- servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona disabile (SAISH);
- assistenza scolastica a studenti con disabilità;
- centri diurni sociosanitari 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.

La raccolta dei dati

Anche in questo ambito risulta molto difficile reperire dati affidabili e informazioni complete. I motivi sono molteplici, tutti strettamente legati alla compatibilità delle

poche fonti informative esistenti per descrivere questi fenomeni sociali.

Nel corso del presente lavoro si è cercato di ricomporre il quadro delle fonti attualmente disponibili, senza alcuna pretesa di valutazione comparativa, in modo da considerare le aree di sovrapposizione dei dati.

L'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio nel dicembre 2008 ha pubblicato i dati relativi all'attività di riabilitazione svolta nel corso del 2007 dai 52 Centri accreditati. In questo lavoro l'ASP stima un numero di persone disabili presenti nella regione tra i 35 e 50 mila. Dalla ricerca emerge che i diversi trattamenti a livello ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nell'intera regione, sono stati rivolti a 29.568 persone di cui il 29,1 % degli utenti aveva un'età inferiore a 18 anni (9.640 casi), con una maggior frequenza di bambini di 6-11 anni (13,0%, in valore assoluto 4.289 minori) e il 36,4% rappresentato da persone con età superiore ai 65 anni.

Dal punto di vista dell'intervento, le 29.568 persone hanno usufruito per 2.116 casi (7,16%) interventi di tipo residenziale, 2.785 semiresidenziale (9,42%), 15.218 come attività ambulatoriali individuali (51,47%), 541 ambulatoriale di gruppo (1,83%) e 8.908 persone in trattamento domiciliare (30,13%).

La fonte informa anche che i centri per la riabilitazione visiva nel 2007 hanno realizzato 529 progetti riferiti a 499 persone di età superiore ai 75 anni.

Secondo i dati rilevati dal Dipartimento alle Politiche Sociali del Comune di Roma, nel 2008 erano 703 i minori con disabilità assistiti nell'ambito del servizio SAISH, mentre altri 609 minori erano in lista d'attesa. La stessa fonte considera che le persone con disabilità in età scolastica siano 5.056. Complessivamente, le persone in lista d'attesa diretta e indiretta SAISH nel 2008 erano 1.606.

Nel territorio romano sono presenti 11 centri diurni socio/sanitari (finanziati dal Comune su progetto ASL e gestiti dalle stesse) con 355 utenti inseriti.

Dal punto di vista dei servizi territoriali di residenzialità, nel territorio romano sono presenti 53 case famiglia con una disponibilità complessiva di 389 posti, mentre in lista d'attesa ci sono 496 persone; i posti per RSA nel territorio romano sono 993 ai quali devono aggiungersi altri 2.543 posti RSA distribuiti nella Regione Lazio⁵.

Un altro ambito di riferimento è collegato con il sistema dei trasporti e la mobilità che, secondo i dati forniti dal Comune di Roma, ha registrato nel corso del 2009 1.403 utenti "mobility card" con uso di taxi o di mezzi TRAMBUS attrezzati (594 in taxi e 799 trambus). In lista di attesa vi sono 2.949 persone.

La spesa per questi servizi nel 2008 è stata di 10.433.910,88 Euro. A questo si può associare la mobilità garantita con servizio di volontariato in convenzione con l'Unione Italiana Ciechi: 47.856 interventi di accompagnamento per una spesa di 240.000 Euro (2009).

Si stima siano circa 35.000 le persone che soffrono di disagio psichico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale, con un'età compresa tra i 16-75 anni. Nelle tabelle sottostanti, si presentano alcuni elementi informativi già in parte descritti nel testo.

⁵ Fonte: Comune di Roma, 2009

Tab. 1 - Quadro sintetico di alcune attività svolte dai Servizi di Assistenza socio-sa-nitaria delle Asl presenti nel comune di Roma, dati in v.a.

	RM A				RM B				RM C			
Municipi	I°	II°	III°	IV°	V°	VII°	VIII°	X°	VI°	IX°	XI°	XII°
CSM n. strutture	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
CSM n. cartelle al 31.12.2008	1150	1050	760	1540	2638	1869	2349	2436	1144	828	900	1106
CSM nuovi accessi 2008	690	630	430	880	576	511	699	859	134	460	424	255
Unità Giovani Adulti	1 per i 4 Municipi				0	0	0	0	0	0	0	0
N° cartelle al 31.12.2008	300											
Nuovi accessi 2008	160											
SPDC	3 ²				1 ³				2 ⁴			
Centri Diurni n. strutture	2	1	1	2	1		2	1	1	1	1	1
N° pazienti usufruttori	41	27	40	54	52		92	34	75	53	68	52
S Resid.li Bassa intensità assist.le	2	1	1	4	1		3	2		3		2
N° pazienti usufruttori	12	4	6	15	3		14	5		12		6
Unità Tecnica Sportiva					2 dipartimentali							
N° pazienti usufruttori					40							
Cittadini non autosufficienti ⁷												
* sostegno alla persona	52	50	55	56	50	25	75	20	10	34	22	37
* bisogno residenzialità	26	26	5	28	17	15	50	25	18	20	15	61

	RM D			RM E				
Municipi	XIII°	XV°	XVI°	XVII°	XVIII°	XIX°	XX°	TOTALE
CSM n. strutture	1	1	1	2	2	2	1	10
CSM n. cartelle al 31.12.2008	2639	2079	1936	1229	1636	2193	2142	31624 ¹
CSM nuovi accessi 2008	924	677	661	570	777	1271	1192	6072
Unità Giovani Adulti	0	0	0	1 Dipartimentale				0
N° cartelle al 31.12.2008				354				354
Nuovi accessi 2008				227				227
SPDC	2 ⁵			2 ⁶				10
Centri Diurni n. strutture	1	2	2	1	2	2	1	11
N° pazienti usufruttori	54	85	90	77	115	154	55	630
S Resid.li Bassa intensità assist.le	4	3	7	5	2	5	5	31
N° pazienti usufruttori	12	9	24	8	6	7	9	75
Unità Tecnica Sportiva	1 dipartimentale							0
N° pazienti usufruttori	25							25
Cittadini non autosufficienti ⁷								0
* sostegno alla persona	63	43	30	36	55	20	29	276
* bisogno residenzialità	20	16	18	22	27	23	9	135

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute

NOTE :

1 - Dato stimato per difetto (RM C non completa)

2 - Fatebenefratelli, Policlinico Umberto I°, Sant'Andrea

3 - Pertini

4 - S. Giovanni Addolorata, S. Eugenio

5 - Grassi, S. Camillo Forlanini

6 - S. Spirito, S. Filippo Neri

7 - (Del. Reg.601/07) Non ancora attivata per cui i dati si riferiscono a liste di attesa

Tab. 2 - Strutture ex art. 26 presenti nei Municipi, dati in v.a. al 2008.

MUNICIPI	n. strutture presenti	n. posti trattamenti ambulatoriali	n. posti trattamenti semiresidenziali	n. posti trattamenti residenziali
1	1	0	75	0
2	4	478	132	0
3	2	425	0	0
4	7	1274	150	25
5	1	850	0	0
6	1	36	40	0
7	1	10	50	20
8	3	150	163	21
9	0	0	0	0
10	3	520	160	65
11	8	819	505	168
12	2	0	0	0
13	0	0	0	0
15	4	486	130	12
16	8	170	575	235
17	3	275	110	30
18	3	701	87	300
19	2			22
20	2	1.020	155	115

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute

Tab. 3 - Indicatori relativi alla disabilità negli istituti scolastici a Roma, v.a. al 2009, per Municipio e ciclo di istruzione

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20	Totale
Scuola dell'infanzia																				
N. istituti con alunni disabili	4	3	2	10	8	2	8	16	4	10	4	8	9	2	5	6	4	6	7	118
N. alunni disabili a.s. 2009/2010	6	13	4	27	30	36	27	69	12	33	7	23	29	9	19	3	17	23	16	403
N. cattedre sost. a.s. 2009/10	3	7,5	2	13	13,5	2,5	9,5	29	7,5	15	5	10	15,5	6	9	1,5	6	11	9,5	176
Alunni Adeguam. a.s. 2009/10	2	1	1	4	8	2	6	13	2	9	1	7	5	2	1	3	0	5	5	77
Cattedre Adeg. a.s. 2009/10	1,5	0,5	0,5	1,5	4,5	1	4	8,5	1,5	7	2	2,5	3,6	0,5	2	2	0,5	3,5	3	50,1
Scuola Primaria																				
Alunni O.D. a.s. 09/10	100	114	50	225	327	184	229	422	180	436	130	265	351	172	145	72	159	194	186	3.941
Cattedre O.D. a.s. 2009/10	30,5	36	16	67,5	85,5	54	67,5	121	58,5	133	40	50,5	97,5	51	49	26,5	46	60,5	54	1144,5
Alunni Adeg. a.s. 2009/10	6	15	3	40	26	18	15	47	10	56	7	31	29	26	22	15	11	22	26	425
Cattedre Adeg. a.s. 2009/10	14	21	5,5	40	47	23	30,5	60	29,5	66,5	19	27,5	53	29,5	25	13,5	25	29	35,5	594
N. istituti	7	7	4	13	11	7	10	20	5	14	7	16	15	8	8	5	9	9	10	185
Scuola 2° Grado																				
O.D. a.s. 2009/10	240	106		110	174	53	54	77	94	260	221	59	171	30	57	45	82	126	88	2.047*
N. istituti con alunni disabili	17	21		6	8	5	6	4	10	7	12	6	11	2	8	4	5	7	7	146*

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute (dati mancanti per i livello secondario relativi al III Municipio)

Tab. 4 -Utenti disabili in assistenza Domiciliare SAISH nel Comune di Roma (2008)

Mun	Utenti disabili in assistenza			Utenti disabili in ass. diretta			Utenti disabili in ass. indiretta			Utenti disabili in ass. mista			Utenti in lista d'attesa diretta			Utenti in lista d'attesa indiretta		
	min	ad	Tot	min	ad	Tot	Min	ad	Tot	min	ad	Tot	min	ad	Tot	min	ad	Tot
I	9	99	108	8	81	89	1	18	19	0	0	0	0	3	3	0	1	1
II	27	141	168	26	118	144	1	21	22	0	2	2	23	27	50	1	4	5
III	25	81	106	25	60	85	0	21	21	0	0	0	5	1	6	0	1	1
IV	54	206	260	44	174	218	10	32	42	0	0	0	21	86	107	4	14	18
V	24	184	208	17	155	172	7	29	36	0	0	0	57	168	225	3	21	24
VI	35	181	216	33	143	176	2	34	36	0	4	4	19	37	56	0	12	12
VII	129	58	187	126	32	158	3	25	28	0	1	1	32	34	66	2	8	10
VIII	32	264	296	32	213	245	0	48	48	0	3	3	79	133	212	0	0	0
IX	36	143	179	33	126	159	3	17	20	0	0	0	15	14	29	3	5	8
X	57	238	295	51	197	248	6	33	39	0	8	8	146	0	146	0	0	0
XI	49	208	257	48	176	224	1	27	28	0	5	5	8	17	25	1	9	10
XII	42	201	243	42	177	219	0	24	24	0	0	0	50	87	137	0	6	6
XIII	43	263	306	43	209	252	0	54	54	0	0	0	43	108	151	3	22	25
XV	25	143	168	25	117	142	0	25	25	0	1	1	13	16	29	0	25	25
XVI	0	177	177	0	150	150		27	27			0			0			0
XVII	20	97	117	19	85	104	1	12	13	0	0	0	1	0	1	0	2	2
XVIII	24	162	186	22	147	169	1	15	16	1	0	1	27	62	89	3	9	12
XIX	41	236	277	36	204	240	5	31	36	0	1	1	28	44	72			0
XX	48	133	181	48	122	170	0	11	11	0	0	0	19	24	43	0	0	0
TOTALE	720	3215	3935	678	2686	3364	41	504	545	1	25	26	586	861	1447	20	139	159

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute

Tab. 5 - Spesa relative alla disabilità, Comune di Roma, dati in v.a. al 2008.

Voce di spesa	Municipi	Dipartimento V	Totale
SAISH e SAVI	32.732.020,04	814.000,00	33.546.020,04
SAISH indiretta	3.036.746,44	692.000,00	3.728.746,44
SAISH scuola	12.704.864,49	0	12.704.864,49
Fondazione "Dopo di noi"	0	412.000,00	412.000,00
Contributi handicap	208.068,00	0	208.068,00
Centri diurni handicap	2.419.373,54	1.836.000,00	4.255.373,54
Soggiorni handicap	42.060,00	1.312.000,00	1.354.060,00
Servizi di residenzialità handicap	265.364,89	13.100.000,00	13.365.364,89
Trasporto anziani e/o disabili	1.733.910,88	8.700.000,00	10.433.910,88
Progetti e altri servizi per disabili	786.453,33	1.050.000,00	1.836.453,33
Socializzazione, laboratori e sport disabili	1.094.367,59	700.000,00	1.794.367,59
Sportello H	161.780,74	144.000,00	305.780,74
Inserimento lavorativo e tirocini formativi	0	1.225.000,00	1.225.000,00
Osservatorio barriere architettoniche	0	290.000,00	290.000,00
Totale	55.185.009,94	30.275.000,00	85.460.009,94

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute

Tab. 6 - Spesa relative alla salute mentale, Comune di Roma, dati in v.a. al 2008.

ASL	Centri Diurni	Attività Risocializzanti e Sportive CSM	Residenze	Soggiorni	Totale
RM A	292.477,97	66.004,00	288.572,08	90.000	737.054,05
RM B	682.603,45	79.284,10	207.251,05	135.000	1.104.138,60
RM C	357.071,59	46.050,00	96.371,00	96.000	595.492,59
RM D	292.386,54	54.311,08	329.334,38	107.000	783.032,00
RM E	604.229,70	15.896,00	55.250,11	168.000	843.375,81
Totale	2.228.769,25	261.545,18	976.778,62	596.000,00	4.063.093,05
IMPRESA SOCIALE					
Progetto TEPIS-C.S.I. Conto alla Rovescia					30.600,00
L.S.A.- C.S.I. "Studia et Elabora"					93.200,00
FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE					
C.N.R.					60.000,00
TOTALE COMPLESSIVO					4.246.893,05

Fonte: Dipartimento Promozione Servizi Sociali e Salute

I punti di forza del sistema: prassi operative

Osservatorio permanente sull'accessibilità alle strutture comunali

Il progetto ha avuto inizio nell'autunno 2001 ed è il primo e unico nel suo genere in Italia e in Europa. 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, e sempre nel 2005 ha contribuito a far riconoscere la città di Roma come uno dei migliori comuni italiani in termini di accessibilità, ricevendo il "Premio FIABA ai comuni italiani".

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.

Il programma Città Sane

In considerazione del fatto che la salute dei cittadini è fortemente determinata dalle condizioni di vita e di lavoro, dalla qualità dell'ambiente fisico e socio-economico, dalla qualità dei servizi della salute e dalla loro accessibilità, il programma "città sane" fornisce criteri per intervenire sui problemi legati alla salute quali la povertà, l'inquinamento e lo sviluppo sostenibile, gli stili e le condizioni di vita, tenendo conto dei bisogni particolari dei gruppi più deboli.

Le priorità dei progetti "città sane" sono la promozione della salute e la prevenzione della malattia. Il servizio "Città Sane" ha operato dal 1999 promuovendo iniziative volte alla partecipazione delle figure di mediazione culturale, alle attività istituzionali delle Aziende USL e ospedaliere della città, attraverso l'avvio di diversi progetti in alcune zone romane.

Il programma prevede l'implementazione di interventi che tengono conto di tutte le componenti della vita: salute, ambiente, aspetti socioeconomici, integrazione tra culture. Nell'ambito dei progetti avviati nell'ambito del programma "Città Sane", si possono citare:

- il progetto di mediazione culturale ed interpretariato;
- il progetto di intervento nei campi rom ubicati nei vari distretti;
- il progetto "Tutela della maternità";
- i progetti rivolti alla popolazione scolastica;
- i progetti rivolti alla prevenzione della morte cardiaca;
- le azioni di orientamento per i malati oncologici e le loro famiglie;
- la campagna di comunicazione per la promozione della cultura della donazione degli organi, in collaborazione con le Associazioni del settore.

Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona disabile

Si tratta di un servizio socio-assistenziale gestito dai Municipi con l'azione integrata dei servizi sociali con quelli 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 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 dell'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).

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>.

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 dei 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 tutti 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.

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 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 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

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.

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.

Nodi da sciogliere: elementi di criticità

Nella ricognizione del sistema dei servizi per le persone che vivono situazioni di difficoltà sanitarie o mentali, il Gruppo ha rilevato alcune criticità che vengono di seguito espresse in maniera sintetica. Si tratta soprattutto di problematicità sulle quali già sono in corso azioni e attività di superamento, in modo da consentire l'inserimento sociale di tutti i cittadini romani.

Anzitutto dal punto di vista complessivo del sistema si rileva una diffusa mancanza di comunicazione tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. Più specificatamente per l'ambito della disabilità:

- carenza di interventi di sostegno e orientamento al nucleo familiare in presenza di un minore disabile al momento della nascita o comunque della diagnosi nel primo anno di vita, o anche della comunicazione stessa della diagnosi;
- necessità di affrontare da parte della scuola “i bisogni educativi speciali” che sorgono in relazione agli elementi costitutivi del benessere della persona e riguardano adeguati processi di apprendimento e di sviluppo della persona; tale necessità può riguardare anche altri alunni e ciò richiede una scuola “attrezzata” per tutte le problematiche, cogliendone le differenze e le difficoltà;
- utilizzo spesso inappropriato del personale di assistenza educativa culturale (AEC), spesso coinvolto in situazioni di emarginazione (EAC/disabile) consumate per molto tempo fuori della classe di riferimento;
- carenza di Centri diurni socio-riabilitativi (a forte integrazione socio-sanitaria) per disabili gravi, disomogenea distribuzione territoriale di quelli esistenti (spostamenti costosi e “faticosi”), con veloci “conclusioni del progetto riabilitativo” per casi gravi e/o complessi.

Criticità collegate con il SAISH (Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona con disabilità):

- ridimensionamento delle aspettative di molte famiglie in ordine a ciò che effettivamente il SAISH è chiamato ad offrire;
- difformità nell'accesso nei diversi Municipi;
- scarso investimento su progetti di gruppo, con conseguente scarsa incisività educativa su autonomia e socializzazione;
- risorse insufficienti per l'assistenza alla persona in alcuni territori e mancanza di integrazione tra assistenza personale e servizi sanitari domiciliari (C.A.D.);
- macchinosità nella predisposizione del progetto personalizzato;
- mancanza di sistemi valutativi sugli esiti dell'intervento.

Criticità collegate agli interventi per la residenzialità:

- difficile gestione della distinzione tra residenze socio/assistenziali e socio/sanitarie;
- carenza di progetti finalizzati alla residenzialità per persone con disabilità parzialmente autonome e autosufficienti (sul tipo di Gruppi Appartamento);

- carenza di strutture residenziali a carattere socio-sanitario per persone con assenza di autonomia intellettuale, non autosufficienti e pluriminorate;
- assenza di strutture residenziali per persone con disabilità fisiche.

Criticità nei percorsi di inserimento lavorativo:

- mancanza di un sistema a rete per l'inclusione lavorativa e quindi attualmente insufficienza ed esito per lo più fallimentare degli inserimenti lavorativi.

Criticità nei sostegni per favorire la mobilità:

- carenza, inefficienza e costo elevato dei servizi di trasporto dedicati per disabili.

Criticità nei soggiorni:

- impossibilità per i disabili in età di pensione di partecipare ai soggiorni estivi.

Criticità relative al disagio psichico:

A. Residenzialità

- carenza di appartamenti pubblici (ERP o da beni immobili confiscati alla mafia) da assegnare a cittadini con disagio mentale e/o ai DSM;
- carenza di adeguate risorse umane per il sostegno agli ospiti degli appartamenti già avviati e il potenziamento di nuove esperienze;
- carenza di adeguate risorse economiche per l'incremento di nuovi appartamenti.

B - Inserimento lavorativo

- insufficienza del numero degli inserimenti rispetto al bisogno e alle potenzialità degli utenti;
- insufficienza del sostegno alle esperienze già avviate;
- difformità di soluzioni nel territorio cittadino;
- scarsa capacità di investimenti sulla cooperazione sociale di tipo B e l'impresa sociale;
- sostanziale inadeguatezza e in applicazione della Lg. 68/98 per le persone sofferenti mentali;
- assenza di una figura strutturata di facilitatore per tirocini per l'inserimento lavorativo.

C-- Sostegno alla persona

- disparità di risposta dei Municipi a questo tipo di intervento; le esperienze in corso in alcuni Municipi hanno riportato risultati positivi in termini di miglioramento di qualità della vita e come antidiscriminante nei confronti della salute mentale.

Piste di lavoro

A partire dall'esperienza sul campo degli esperti del Gruppo di lavoro, è stato possibile evidenziare una serie di bisogni sociali definiti in termini di "criticità del sistema", 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 si sviluppano in conseguenza di progettazioni precedenti. Per cercare un superamento di queste situazioni-limite, il Gruppo ha evidenziato alcuni percorsi di miglioramento e proposte, che si presentano in maniera schematica e sintetica.

In generale, si sottolinea l'esigenza che tutta l'organizzazione territoriale dei servizi (in particolare centri diurni, SAISH e residenze) deve essere strettamente relazionata con i servizi sanitari, in un quadro di integrazione socio-sanitaria. Ciò implica che ogni Municipio deve dotarsi di strutture sociosanitarie adeguate al bisogno locale. Le dimissioni da centri diurni o residenze dovrebbero essere sempre concordate tra i servizi, in modo da garantire un'alternativa idonea al sostegno pubblico.

Salute: attenzioni ad aspetti collegati all'ambito sanitario

- 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;
- promozione della salute a tutti i livelli evolutivi (infanzia, adolescenza e età adulta) con campagne di sensibilizzazione sia scolastiche che cittadine;
- 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;
- protocolli con Enti e Associazioni di rappresentanza per promuovere iniziative finalizzate alla sicurezza sui luoghi di lavoro⁶.

Un approccio diverso alla disabilità

Un diverso approccio alla disabilità, o meglio alle disabilità significa accettare le differenze di identità personali e "uscire da una rappresentazione che riduce la disabilità al *deficit*, alla riabilitazione e ad un'azione educativa essenzialmente compensativa".

Due avvenimenti e un'esigenza operativa ci inducono ad accogliere un tale approccio.

1° Avvenimento giuridico/culturale: *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*;

2° Avvenimento tecnico/culturale: la nuova "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (ICF), emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

⁶ Consiglio Comunale di Roma, Documento di Programmazione Finanziaria 2009-2001, 2008, p. 61

3° Un'esigenza operativa improrogabile: l'integrazione tra i servizi.

1° *Avvenimento giuridico culturale: La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, approvata dall'Assemblea dell'ONU il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009, n. 18.

La Convenzione, oltre al notevole valore giuridico di diritto internazionale, opera un forte cambiamento culturale di approccio al problema, poiché abbandona la vecchia logica che considerava le persone con disabilità una categoria sociale separata e bisognosa di provvedimenti speciali e adotta inequivocabilmente un approccio *basato sui diritti*, 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 garantire il pieno godimento da parte delle persone con disabilità senza discriminazioni* (Preambolo lett. c).

Un tale cambiamento culturale esige, di conseguenza - in un'ottica di *mainstreaming* - l'integrazione della prospettiva "disabilità" in tutti gli interventi delle pubbliche amministrazioni: dalla concezione e attuazione al monitoraggio e alla valutazione, al fine di promuovere le pari opportunità per le persone con disabilità. In tal senso le politiche sulle disabilità dovrebbero trasformarsi da politiche speciali a politiche generali per tutti, vale a dire: progettare prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutti i cittadini.

La Convenzione, quindi, impone la necessità di un ripensamento intorno a tutto ciò che viene definito "disabilità" e del corrispettivo sistema organizzativo di *welfare*, che storicamente, in Italia, si è sviluppato seguendo grosso modo due filoni: risposta alla "malattia" il primo, risposta alle "conseguenze della malattia", il secondo. Il sistema comunque è stato fortemente condizionato da un approccio medico/sanitario.

2° *Avvenimento tecnico/culturale*: 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 ed in tal senso si parla di condizione multidimensionale attraverso la tripla declinazione fisica, sociale e ambientale.

Arrivare ad una valutazione della condizione di disabilità da tutti condivisa ed adottata, rende possibile un'unica visione per l'intero sistema di *welfare*. In tale modo si potrebbe favorire il superamento della distinzione tra sociale e sanitario e si potrebbe pervenire ad una progressiva unificazione dei diversi procedimenti di accertamento vigenti anche in altri settori quali scuola, lavoro, ecc.

3° Un'esigenza operativa improrogabile: l'integrazione tra i servizi.

La costruzione di un'interfaccia unica del sistema di *welfare* nei confronti delle persone con disabilità potrebbe assicurare una “presa in carico” integrata e una risposta progettuale adatta alle condizioni della persona. A livello locale si potrebbe ricomporre la molteplicità delle risorse attivabili, integrando le risorse oggi frammentate in tanti rivoli e verrebbe ricomposto un sistema di *welfare* che avrebbe alla base il riconoscimento della condizione di disabilità secondo criteri nuovi ed unitari, portando con sé una maggiore equità e rispetto del cittadino: a parità di condizioni emerge un pari diritto ai necessari interventi pubblici finalizzati alla piena inclusione sociale. Il cittadino non sarà più costretto al *giro dell'oca dell'assistenza*, sollevato dalla fatica di ricomporre una frammentazione anacronistica e dispendiosa e a volte di difficile gestione anche da parte degli stessi operatori.

Una corretta definizione dello stato di “disabilità” - insieme alla definizione dei LEA e del Nomenclatore - è certamente un compito che investe prima di tutto il livello giuridico nazionale.

Occorre quindi tener presente (insieme all'irrisolta questione dell'integrazione socio-sanitaria, di competenza regionale) che il non affrante tali orientamenti ci espone a subire un fortissimo condizionamento nella progettazione, programmazione e gestione di ogni piano regolatore per un *welfare* cittadino e municipale.

Proposte per 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.

Proposte per l'inclusione scolastica:

Un positivo approccio a sostegno della vita scolastica degli alunni e studenti con disabilità rappresenta un atto importante. Si propone pertanto di:

- 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);
- 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;
- definire dei compiti, del profilo professionale e del contesto operativo per gli AEC e per le altre figure d'assistenza presenti nella scuola;

- 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.

Proposte specifiche per il servizio SAISH:

- unificare i sistemi di valutazione e di ingresso al servizio per tutti i Municipi;
- assicurare un'informazione più approfondita per la definizione del progetto personalizzato, semplificandone i processi;
- eliminare le liste di attesa;
- prevedere una gestione straordinaria 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.) con interventi mirati e immediati.

Proposte rispetto alla residenzialità:

- realizzare strutture da collocare in un continuum di programmi di bassa intensità sanitaria e prevalente assistenza socioeducativa, fino a strutture in grado di offrire programmi ad alta intensità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- favorire misure differenziate a seconda delle differenti situazioni di vita delle persone, che comprendano anche alloggi senza barriere architettoniche nelle case di edilizia popolare.

Proposte legate all'inserimento lavorativo:

- progettare percorsi di orientamento che definiscano le competenze di ogni persona, adottando misure di attenzione alle diverse condizioni di disabilità e/o disagio mentale, diversificando le forme di inserimento (borse lavoro, stage finalizzati all'assunzione, inserimenti senza finalità di assunzione, con relativo compenso a carico del servizio);
- potenziare l'offerta formativa per le persone con disabilità e/o con disagio mentale, con garanzia di accessibilità anche alle nuove tecnologie;
- istituire in ogni Municipio il SIL integrato (servizio per l'integrazione lavorativa) in rete tra Provincia, Dipartimenti comunali e organismi di Terzo settore;
- promuovere percorsi formativi e di inserimento lavorativo in contesti "protetti", con il supporto di tutor;
- prevedere per la tipologia di persone che beneficiano del "lavoro" come strumento di potenziamento delle proprie competenze e soprattutto di integrazione sociale, ma che non sono in grado di sostenere un inserimento lavorativo "tradizionale", un "*patto di solidarietà*" tra le Istituzioni e le Aziende profit. Tale patto potrà essere disciplinato da forme giuridiche di inserimento socio-lavorativo con modalità di svolgimento flessibili, prive di vincoli temporali, contemplando un contributo di *borsa lavoro di socializzazione* erogato nella fase di conoscenza dall'Istituzione inviante e successivamente dall'Azienda profit";
- dare attuazione alla Deliberazione n. 124 della Giunta Comunale del 23 Aprile 2009 per la creazione di un elenco speciale di Cooperative Sociali tipo B ai sensi della

legge n. 381/99. Determinazione riserva di almeno il 5% (quota/anno) delle forniture beni e servizi da destinare alle cooperative di cui sopra;

- Promuovere la convergenza tra tutte le diverse agenzie coinvolte (Comune, Provincia, Regione, Municipi, Centri per l'impiego, Cooperazione Sociale, Associazionismo di utenti e familiari, organismi datoriali, ecc.) nonché tra i diversi Assessorati dell'Amministrazione Comunale (Servizi Sociali, Formazione, Lavoro, Lavori Pubblici, ecc..) e tra Amministrazione centrale ed i Municipi;
- promuovere imprese sociali integrate (fattorie sociali a valenza riabilitativa e inclusiva, laboratori artigiani integrati, cooperative sociali integrate tipo B, ecc.).

Proposte legate alla mobilità:

- promuovere un piano cittadino che progressivamente renda accessibili e fruibili tutti i mezzi di trasporto pubblico.

Proposte relative ai soggiorni:

- dare la possibilità a persone con disabilità di partecipare ai soggiorni per anziani, anche prevedendo il personale d'assistenza necessario.

Proposte specifiche per situazioni di persone con disagio mentale:

- realizzare nuove residenze, possibilmente nel quartiere di origine della persona, in modo da mantenere i propri riferimenti territoriali;
- 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.
- realizzare interventi a sostegno della persona con disagio mentale in quanto, considerate le conseguenze spesso invalidanti delle gravi patologie psichiche, non è possibile immaginare la permanenza degli utenti dei DSM in contesti naturali di vita, senza poter contare su una rete di sostegno che veda integrate risorse sanitarie e risorse sociali. La permanenza di una persona nella propria abitazione, nel quartiere, richiede un livello accettabile di autonomia, per consentirle di rispondere alle necessità di base della vita quotidiana. Spesso un buon inserimento nell'ambiente sociale e relazionale costituisce il più efficace deterrente per evitare meccanismi di emarginazione e di espulsione;
- per il sostegno economico all'abitare si propone l'incremento del fondo specifico comunale. 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.
- In relazione a quanto indicato a pag. 8 par. 7 in 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.

Allegati

Allegato 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”*.

Allegato 2 - Servizi per la mobilità delle persone con disabilità

Trambus abile

E' un servizio a chiamata con prenotazione, gestito da Trambus SpA., a disposizione delle persone con disabilità motorie e non vedenti gravi. L'accesso gratuito al servizio deve essere autorizzato dal Dipartimento V del Comune di Roma e viene assicurato solo per spostamenti legati a motivi di studio, di lavoro, di terapia riabilitativa e - con limitazioni - per attività sociali svolte presso enti.

A seguito di accordi con Enti e Associazioni, pubblici e privati, quali Municipi, Università e Associazioni Onlus, sono previste alcune convenzioni per il trasporto sia di cittadini con disabilità che di persone a ridotta capacità motoria. Il servizio è attivo nei giorni feriali dalle 6.00 alle 21.00, il sabato e i prefestivi dalle 6.00 alle 13.00.

La gestione è curata da Trambus SpA, attraverso la Centrale Operativa "Trambus abile", dedicata a "Fabrizio Bellocchio" e Dipartimento V - Politiche Sociali V.le Manzoni, 16-1° piano: Lunedì-Venerdì dalle 09.00 alle 12.00, il Martedì e Giovedì anche dalle 15.00 alle 17.00 - tel.066710.5393/5387.

Prenotazione del servizio a chiamata: numero verde 800 469540.

La richiesta va effettuata un giorno prima della data in cui si necessita del servizio. Dal lunedì al venerdì: dalle 8 alle 13, da confermare dalle 18 alle 21.30. Prenotazioni via fax allo 0646954457 Prenotazioni via e-mail a: trambus.ap.co@trambus.com

La domenica e i giorni festivi il servizio non viene effettuato.

Mobility Card

E' a disposizione delle persone con disabilità motorie e non vedenti gravi. Il servizio offerto con la Mobility card (Del. Consiglio Comunale n. 25 del 16/02/2004) è sostitutivo dei "Buoni Taxi", istituiti dall'Ufficio Politiche Sociali del Comune di Roma e 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. La gestione è a cura del Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma.

Amico bus

Servizio gratuito di trasporto a prenotazione e chiamata per trasferimenti da Roma ai comuni della Provincia riservato a persone con grave handicap, documentato ai sensi della L. 104/92; persone con invalidità civile non inferiore al 74% ai sensi della L. 181/71; persone affette da cecità civile documentata non inferiore all'80% ai sensi della L. 382/70. E' promosso e finanziato dalla Provincia di Roma.

Allegato 3 - La residenzialità delle persone con disagio mentale

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:

- A) *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.
- B) *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.

Allegato 4 - L'inserimento lavorativo delle persone con disagio mentale

Il tema degli inserimenti lavorativi 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)⁷.

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 anno⁸. Così come sono state avviate sperimentazioni e realizzate assunzioni di pazienti psichiatrici 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 cata-

⁷ Cfr. Regione Lazio - Assessorato alla Sanità "Atti della 1° Conferenza regionale per la salute mentale", Edizioni Grafiche Manfredi, Roma luglio 2009.

⁸ Cfr. "Quando la diversità è valore", Isfol, 2008.

lizzatore 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.