



**STUDIO SUI SERVIZI
ALLA PERSONA DISABILE A ROMA**

Luglio 2013

Agenzia

Studio sui servizi alla persona disabile a Roma

Luglio 2013

*Il rapporto è stato realizzato da un gruppo di lavoro
dell'Agenzia composto da:*

Laura Casasanta (curatore del rapporto di studio)
Gabriele Ugolini (supervisione)

Si ringrazia il personale del Dipartimento Promozione delle Politiche Sociali e della Salute e delle U.O. Socio Educative Culturali Scolastiche dei Municipi, nonché il collaboratore dell'ex Sindaco alle Politiche per la disabilità sig. Michele Colangelo, che hanno collaborato con dati, informazioni e suggerimenti.

Sommario

1	Introduzione.....	3
1.1	Obiettivi e caratteristiche dello studio.....	3
1.2	La disabilità	3
1.3	Le persone disabili in Italia.....	4
1.4	La spesa per i disabili.....	5
2	Il quadro normativo.....	8
2.1	La normativa nazionale	8
2.2	La normativa regionale.....	15
2.3	La regolamentazione locale	25
3	I servizi e le strutture socio-assistenziali per disabili nel Lazio.....	28
4	Il sistema dei servizi alla persona disabile di Roma Capitale	30
4.1	Il sistema cittadino dei servizi sociali.....	30
4.2	I servizi residenziali e semiresidenziali	32
4.3	L'assistenza domiciliare	36
4.4	La mobilità individuale.....	53
4.5	L'inserimento lavorativo	55
4.6	I progetti speciali e culturali.....	57
5	Considerazioni finali	67

Abstract

Lo “Studio sui servizi alla persona disabile a Roma” è la prima esperienza di approfondimento sistematico dell’offerta di servizi socio assistenziali rivolti ai cittadini diversamente abili nella capitale.

Il presente studio ha voluto in primo luogo provare a chiarire quale sia attualmente la definizione di persona disabile maggiormente accreditata a livello internazionale e ricostruire il quadro normativo nazionale, regionale e locale sui servizi socio assistenziali riservati ai cittadini disabili. In secondo luogo è stato censito il quadro dell’offerta di servizi a Roma, soffermandosi con attenzione particolare su quei servizi che di recente sono stati interessati da provvedimenti dell’Amministrazione capitolina che hanno apportato importanti modifiche alle modalità di erogazione degli stessi: l’assistenza domiciliare e i servizi per la mobilità dei disabili. Attualmente la maggior parte dei servizi viene gestita dai singoli Municipi che provvedono all’erogazione di prestazioni ed interventi tramite affidamento alle ASL o a soggetti privati accreditati (generalmente appartenenti ai settori della cooperazione e del terzo settore) mentre alcuni servizi vengono gestiti a livello centrale, con il Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute che mantiene per lo più un ruolo di coordinamento e controllo dei servizi resi.

Il quadro che emerge è quello di un’offerta sostanzialmente omogenea sia per i servizi gestiti dal Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute, quali la mobilità, le case famiglia, l’inserimento lavorativo e specifici progetti speciali per l’integrazione culturale e sociale, sia per quelli gestiti dai diversi Municipi in base a linee guida definite a livello centrale, in primo luogo il servizio di assistenza domiciliare e l’assistenza ai minori diversamente abili nella scuola dell’obbligo, seppur con livelli di servizio (liste di attesa) e costi unitari per assistito molto disomogenei.

L’offerta appare invece sensibilmente differenziata con riferimento ai singoli progetti attuati di propria iniziativa da ogni Municipio che, andando ad aggiungersi (talvolta sovrapponendosi) a quelli previsti a livello centrale, ampliano il numero di interventi a supporto dei cittadini disabili previsti nella capitale.

1 Introduzione

1.1 Obiettivi e caratteristiche dello studio

Il presente studio ha preso avvio nel mese di marzo 2013 con un'attività di reperimento di informazioni e ricognizione della normativa di riferimento a livello nazionale, regionale e locale. Successivamente sono state condotte interviste dirette al collaboratore del Sindaco per la disabilità e alla struttura competente per la disabilità presso il Dipartimento per la promozione delle politiche sociali e della salute (di seguito, Dip. PPSS); in queste occasioni sono stati intervistati tutti i responsabili delle diverse aree di intervento gestite a livello centrale. Per avere disponibilità di dati numerici aggiornati all'anno 2012, sono stati predisposti e quindi somministrati due tipologie di questionari in formato elettronico. Il primo è stata compilato dai responsabili del Dip. PPSS per i differenti ambiti di intervento di competenza dell'Amministrazione centrale: case famiglie e centri diurni, mobilità, inserimento lavorativo, e progetti speciali e culturali. Un secondo questionario, organizzato in tre aree tematiche (centri diurni, assistenza domiciliare e progetti speciali) è stato inviato per la compilazione alle Unità Organizzative Socio-Educativa, Culturale, Sportiva (di seguito, U.O. SECS) di tutti i 19 Municipi di Roma Capitale, precedentemente all'operazione di accorpamento con cui sono stati ridefinite le delimitazioni riducendone il numero da 19 a 15, avvenuta con DAC 11/2013. Per quanto riguarda i Municipi, solo cinque di essi hanno compilato e risposto al questionario nei tempi indicati; per gli altri è stata necessaria una ripetuta attività di *recall*, conclusa solo alla fine di giugno 2013, che ha inevitabilmente prolungato i tempi di completamento dello studio. Alla data di chiusura del presente studio (18 luglio 2013), i dati relativi al Municipio ex VII (ora parte del Municipio V), ex XIII (ora Municipio X) e, parzialmente, ex IV (ora Municipio III) non sono ancora stati trasmessi.

1.2 La disabilità

La nozione di soggetto che vive in condizioni di disabilità è ancora oggi problematica e priva di una definizione unitaria, tanto che i numerosi atti normativi e regolamentari utilizzano espressioni differenti a seconda dello scopo e dell'oggetto stesso dell'atto.

Per molto tempo, nel tentativo di definire la complessità del termine disabilità, il modello medico e

quello sociale hanno rappresentato i riferimenti prevalenti e hanno prodotto definizioni significativamente diverse. Nel primo la disabilità era considerata come una caratteristica della persona causata direttamente da una malattia, un trauma o altre condizioni definibili come menomazioni; la condizione di disabilità veniva quindi descritta come limitazione o perdita della capacità di compiere normalmente un'attività essenziale della vita quotidiana. Nel modello sociale invece, la disabilità veniva interpretata come un problema di relazione interpersonale e di integrazione con l'ambiente e la comunità. Negli ultimi dieci anni, sulla spinta di un approccio integrato alla salute che tiene conto delle variabili biologiche, psicologiche e sociali, la disabilità viene intesa come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e fattori ambientali che determinano le circostanze in cui egli stesso vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o facilitare le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale e quindi accrescere o meno la propria condizione di disabilità. Tale nuova concezione della condizione di disabilità ha trovato massimo riconoscimento nelle definizioni e nelle risoluzioni adottate a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Organizzazione delle Nazioni Unite. Nel 1980, l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo la "Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap (ICIDH)". In tale pubblicazione veniva fatta una distinzione fra menomazione, disabilità ed handicap: mentre la menomazione doveva intendersi a carattere permanente, la disabilità dipendeva dall'attività che l'individuo si trovava a compiere e l'handicap indicava invece lo svantaggio che l'individuo disabile ha nei confronti dei soggetti normodotati. Da questa distinzione derivava che un'unica menomazione può dar luogo a differenti disabilità e può comportare più di un handicap. La presenza di limiti concettuali nella classificazione ICIDH hanno portato l'OMS ad elaborare nel 1999 un ulteriore strumento l'ICIDH-2 e nel 2001 la "Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute" (ICF) ufficialmente approvato nel 2001 da 191 Stati membri dell'OMS e che costituisce, ad oggi, il frame work di riferimento concettua-

le nel campo della disabilità. Di fatto, la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità, della salute, pubblicata dall'OMS nel 2001 nella versione per adulti (ICF) e nel 2007 nella versione per bambini e adolescenti (ICF-CY), definisce la disabilità come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo". Tale definizione chiarisce che la disabilità non è definita solo dalla diagnosi, ma dall'interazione di una condizione di salute con dei fattori contestuali che, a seconda della presenza di agevolazioni o ostacoli, possono determinare un livello di disabilità molto diverso.

Qualche anno più tardi (nel 2006), la Convenzione ONU inserisce chiaramente il tema della disabilità nel contesto dei diritti umani, e attribuisce alla presenza di un danno del corpo/mente il valore di precondizione, mentre si concentra sulle conseguenze nella vita quotidiana che le persone con il corpo/mente "danneggiato" vivono in ragione della presenza di come "barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri". In questa prospettiva, la Convenzione si propone di 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, sottolineando la necessità di interventi per la rimozione di barriere, ostacoli e discriminazioni che impediscono la piena partecipazione e inclusione dei disabili, al pari di tutti gli altri cittadini, ledendone al dunque i diritti.

L'Italia ha recepito e ratificato sia la ICF sviluppata dall'OMS, sia, nel 2009, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità; nello specifico, con la L. 18/2009 il Parlamento italiano ha autorizzato la ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale e, contestualmente, la legge di ratifica della Convenzione (art. 3, c. 1) ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità "allo scopo di promuovere la piena integrazione delle persone con disabilità, in attuazione dei principi sanciti dalla Convenzione [...] nonché dei principi indicati nella legge 5 febbraio 1992, n. 104". A marzo 2013, l'Osservatorio ha approvato il primo Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale, ai sensi dell'art. 3, c. 5, lett. b) della L. 18/2009.

1.3 Le persone disabili in Italia

Nel tentativo di offrire alcuni dati numerici in grado di tracciare le dimensioni della popolazione disabile in Italia, è opportuno precisare che non esistendo una definizione universale di disabilità, la dimensione cambia a seconda della finalità della rilevazione statistica e di chi la effettua, senza voler considerare che è comunque molto più difficile rilevare le disabilità mentali rispetto a quelle fisiche. Oltre alle difficoltà appena accennate, bisogna considerare che gli strumenti di rilevazione della disabilità utilizzati dall'Istat (in primo luogo l'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali) non permettono di rilevare puntualmente informazioni sui disabili in famiglia e sui bambini prima dei 6 anni di età (anche considerando i dati relativi al numero di certificazioni scolastiche, rimangono esclusi bambini in età prescolare dato che non vi è obbligo di iscrizione alla scuola materna).

In base alle stime fornite dall'Istat, nel sito dedicato "Disabilità in cifre", nel 2005 le persone in condizione di disabilità assistite in famiglia erano circa 2,6 milioni (pari al 4,8 per cento della popolazione), cui si aggiungevano 200.000 disabili minori di 6 anni, mentre erano 192.000 i disabili o gli anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali.

Secondo studi più recenti, la Fondazione Cesare Serono e il Censis (che nel 2012 hanno realizzato il quarto rapporto di ricerca su "I bisogni ignorati delle persone con disabilità – offerta di cura e di assistenza") hanno stimato che, nel 2010, in Italia le persone disabili erano circa 4,1 milioni, una quota pari al 6,7% sul totale della popolazione.

Applicando a questo dato il tasso di crescita della popolazione disabile previsto dall'Istat, la Fondazione Cesare Serono e il Censis prevedono che nel 2020 le persone disabili arrivino a 4,8 milioni (7,9% della popolazione), e che il numero raggiunga i 6,7 milioni nel 2040 (10,7%).

Per citare rilevazioni più recenti, può essere interessante riferirsi all'indagine Istat sulla "Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale" del dicembre 2012. Lo studio rileva che nel 2011 circa 4 milioni di persone nella fascia 11-87 anni riferiscono difficoltà nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle attività essenziali della vita quotidiana. La maggior parte di esse riferisce di avere limitazioni gravi (52,7%), ovvero il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni della mobilità e della locomozione legate agli atti necessari a determinare un autonomo svolgimento della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi,

spogliarsi, mangiare, ecc) o della comunicazione (vedere, sentire, parlare).

Oltre alle statistiche Istat, un'altra utile fonte di dati per stimare il numero di disabili in Italia potrebbe essere costituita dalla certificazione dell'handicap come previsto dall'art. 4 della L. 104/92. Presso ogni ASL sono infatti istituite apposite commissioni che rilasciano varie tipologie di certificazione finalizzate all'accertamento dell'invalidità e dello stato di handicap, alla certificazione dell'alunno in situazione di handicap, alla definizione degli interventi assistenziali nei confronti dell'anziano non autosufficiente, alla certificazione di invalidità (determinazione delle capacità residue della persona con disabilità e delle sue potenzialità lavorative). Ad oggi, tuttavia, per tali certificazioni non sono stati ancora adottati criteri di rilevazione né strumenti di registrazione uniformi.

In ogni caso, in tema di certificazioni, l'art. 20 del DL 78/2009 convertito, con modificazioni, nella L. 102/2009, ha assegnato all'INPS, già responsabile per il pagamento delle prestazioni di invalidità civile, anche le funzioni di accertamento e verifica della presenza dei requisiti per il diritto alle prestazioni. In base ai dati contenuti nel Rapporto annuale 2011 dell'INPS, al 31 dicembre 2011 le prestazioni agli invalidi civili risultavano essere in tutto 2.733.970 (di cui il 69% costituito da indennità) per una spesa complessiva di 16,7 miliardi di euro e un importo medio mensile di 404 euro (3,8 miliardi si riferiscono a pensioni e assegni di invalidità civile e 12,9 miliardi a indennità di accompagnamento).

L'ultimo rapporto sullo stato delle Province del Lazio, realizzato dall'Unione delle Province (UPI), ha reso noti i dati disaggregati relativi al numero di pensioni di invalidità erogate nel 2012; per la Provincia di Roma, il numero complessivo è stato di 74.344 a cui si possono aggiungere 200.282 invalidi civili.

Infine sempre l'Istat, nel XV censimento della popolazione italiana, ha inserito tra le domande del suo questionario (al paragrafo 8) la sezione relativa a chi riscontra "difficoltà nella attività della vita quotidiana" nella quale ha chiesto di rispondere, precisando di tener conto di problemi temporanei, a quattro quesiti relativi alla difficoltà di vedere (anche con l'uso di occhiali o lenti a contatto), sentire (anche con l'uso di apparecchi acustici), nel camminare o nel salire/scendere le scale (non considerando l'eventuale uso di ausili per la mobilità o assistenza da parte di una persona), e nel ricordare o nel concentrarsi. Non appena si renderanno disponibili le elaborazioni dei dati relative a tali domande, pur non potendo offrire un quadro preciso

del numero esatto di disabili presenti in Italia, si potranno però certamente avere delle utili indicazioni in tal senso.

1.4 La spesa per i disabili

A livello europeo, l'Eurostat, ufficio statistico dell'Unione europea, ha reso noti nel 2013 gli ultimi dati armonizzati sulla spesa pubblica per la protezione sociale nei 27 paesi Ue. I dati, aggiornati al 31 dicembre 2009, hanno analizzato otto tipi di prestazioni sociali: malattia, invalidità, vecchiaia, pensioni per i superstiti, famiglia, disoccupazione, edilizia sociale e lotta all'esclusione sociale, mettendo in evidenza l'eterogeneità dei 27 paesi dell'Unione Europea nell'investimento nelle politiche sociali. Svezia, Danimarca, Germania e Francia investono nelle politiche sociali oltre il 30% del PIL, mentre Bulgaria, Romania, Slovacchia e Lettonia meno del 20%. Dalle analisi è emerso che l'Italia è il paese che spende di più per gli anziani (pensioni di vecchiaia e superstiti), ma tutte le altre spese sociali (invalidità, famiglia, disoccupazione, edilizia sociale e lotta all'esclusione sociale) sono più basse rispetto alla media dei paesi europei; in particolare tra i 27 paesi dell'Ue, l'Italia è al 22° posto per le spese in favore dei disabili.

In Tav. 1 vengono presentati i dati rilevati dall'Istat nella sua "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati" riferita all'anno 2010 e pubblicata a maggio 2013, a confronto con le medesime voci di spesa fornite da Roma Capitale.

La spesa complessiva per i disabili (interventi e servizi, trasferimenti in denaro e strutture) da parte dei grandi comuni (popolazione superiore a 250.000 abitanti, compresa Roma) è stata di poco superiore ai 288 milioni di euro, di cui più di 94 milioni di euro spesi da Roma. I maggiori impegni di spesa per i grandi Comuni hanno riguardato gli interventi e servizi, pari a oltre 168 milioni (60% del totale della spesa), di cui quasi 60 milioni per la sola assistenza domiciliare. Anche per quanto riguarda Roma Capitale, i maggiori impegni di spesa hanno riguardato gli interventi e servizi, pari a quasi 70 milioni di euro (74% del totale della spesa), di cui circa 35 milioni per la sola assistenza domiciliare.

Confrontando le rispettive voci di spesa sostenute dai grandi Comuni (al netto di Roma) e la Capitale stessa, si possono evidenziare le diverse politiche di sostegno per i disabili sia in termini assoluti, sia per quanto riguarda la spesa media annua per utente, oltre che possibili anomalie nella rilevazione e attribuzione dei costi alle diverse voci di spesa.

Roma sembrerebbe sostenere costi unitari più elevati rispetto a quelli delle altre grandi città per gli interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio (1.364 euro per utente rispetto ai 623 euro), per le attività ricreative, sociali e culturali (959 euro rispetto a 279 euro), per il sostegno all'inserimento lavorativo (13.218 euro contro 816 euro, con un numero di utenti che hanno usufruito del servizio, solo 87, singolarmente basso), per assistenza domiciliare socio assistenziale (9.175 euro rispetto a 4.021 dei restanti grandi Comuni), per il trasporto sociale (4.142 euro di Roma contro i 2.301) e per contributi per i servizi alla persona (12.179 euro rispetto a 3.915 euro).

Di contro, Roma sembrerebbe spendere molto meno della media dei restanti grandi Comuni per il servizio sociale professionale (42 euro ad utente rispetto a 584 euro) e per il sostegno educativo-

scolastico (7.169 euro contro i 18.547 euro dei restanti Comuni). Notevolmente più bassi della media appaiono poi i costi di gestione delle strutture residenziali di proprietà; in questa sezione rientrano gli utenti e le spese per le strutture residenziali gestite direttamente dal comune o affidate in convenzione a soggetti esterni, ovvero le strutture residenziali e i centri estivi o invernali (rispettivamente 3.968 euro contro i 23.531, e 720 euro contro 1.857). Va precisato che gli oneri derivanti dall'integrazione o dal pagamento per intero delle rette per prestazioni residenziali o semiresidenziali in strutture di cui il comune non sia titolare, rientrano invece nella sezione "contributi economici" (unitamente ai relativi utenti); i dati relativi alle strutture e al segretariato risentono probabilmente del fatto che tali servizi sono gestiti in integrazione con le ASL che contribuiscono, per quanto di loro competenza, al relativo costo.

Tav. 1 La spesa per i cittadini disabili (2010, euro)

Voci di spesa	Roma Capitale			Grandi Comuni esclusa Roma		
	Spesa (€)	Utenti	Spesa media per utente	Spesa (€)	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI						
Servizio sociale professionale	250.000	6.000	42	8.826.325	15.113	584
Servizio di accoglienza disabili presso famiglie	-	-	-	645.903	-	-
Totale attività di servizio sociale professionale	250.000	-	-	9.472.228	-	-
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	1.150.000	843	1.364	1.724.020	2.767	623
Attività ricreative, sociali, culturali	1.300.000	1.355	959	1.134.873	4.067	279
Altro	-	-	-	500.872	-	-
Totale integrazione sociale	2.450.000	-	-	3.359.765	-	-
Sostegno socio-educativo scolastico	24.800.000	3.255	7.619	11.573.068	624	18.547
Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	-	-	-	6.001.805	-	-
Sostegno all'inserimento lavorativo	1.150.000	87	13.218	1.916.036	2.348	816
Altro	-	-	-	348.720	-	-
Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo	25.950.000	-	-	19.839.629	-	-
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	34.700.000	3.782	9.175	7.379.348	1.835	4.021
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	-	-	-	2.802.235	-	-
Servizi di prossimità (buonvicinato)	-	-	-	-	-	-
Telesoccorso e teleassistenza	-	-	-	31.945	-	-
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	-	-	-	12.839.243	-	-
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	-	-	-	91.000	-	-
Altro	-	-	-	1.167.032	-	-
Totale assistenza domiciliare	34.700.000	-	-	24.310.803	-	-
Mensa	-	-	-	461.069	-	-
Trasporto sociale	6.400.000	1.545	4.142	40.936.647	17.790	2.301
Totale servizi di supporto	6.400.000	-	-	41.397.716	-	-
Totale INTERVENTI E SERVIZI	69.750.000	-	-	98.380.141	-	-
TRASFERIMENTI IN DENARO PER IL PAGAMENTO DI INTERVENTI E SERVIZI						
Buoni spesa o buoni pasto	-	-	-	-	-	-
Contributi per servizi alla persona	9.000.000	739	12.179	4.917.662	1.256	3.915
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	-	-	-	3.993.926	-	-
Retta per centri diurni	3.230.000	896	3.605	7.686.081	1.797	4.277
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	-	-	-	-	-	-
Retta per prestazioni residenziali	4.150.000	570	7.281	10.157.365	2.088	4.865
Contributi economici per servizio trasporto	-	-	-	5.350.570	-	-
Contributi economici a titolo di prestito	-	-	-	-	-	-
Contributi economici per alloggio	-	-	-	21.202	-	-
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	-	-	-	1.108.280	-	-
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	-	-	-	2.939.324	-	-
Contributi economici per l'accoglienza in famiglia dei disabili	-	-	-	8.121.350	-	-
Contributi generici ad associazioni sociali	-	-	-	1.097.430	-	-
Altro	-	-	-	1.104.889	-	-
Totale TRASFERIMENTI IN DENARO PER IL PAGAMENTO DI INTERVENTI E SERVIZI	16.380.000	-	-	46.498.079	-	-
STRUTTURE						
Centri diurni	4.850.000	723	6.708	16.330.475	2.497	6.540
Centri diurni estivi	-	-	-	148.442	-	-
Ludoteche / laboratori	1.000.000	-	-	760.000	-	-
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	5.850.000	-	-	17.238.917	-	-
Strutture residenziali	1.500.000	378	3.968	28.967.066	1.231	23.531
Centri estivi o invernali	1.450.000	2.015	720	2.177.818	1.173	1.857
Totale strutture comunitarie e residenziali	2.950.000	-	-	31.144.884	-	-
Totale STRUTTURE	8.800.000	-	-	48.383.801	-	-
TOTALE GENERALE PER DISABILI	94.930.000	-	-	193.262.021	-	-

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Istat e Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute, 2010.

2 Il quadro normativo

In questo capitolo si intende offrire una ricostruzione dei principali provvedimenti normativi e regolamentari che costituiscono il quadro di riferimento per definire le aree di competenza istituzionale e le tipologie di servizi erogati per l'assistenza ai cittadini diversamente abili. Il capitolo è articolato in tre paragrafi corrispondenti ai diversi livelli di legislazione nazionale, regionale e locale.

2.1 La normativa nazionale

IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ

Nella legislazione italiana, la tutela assistenziale del cittadino disabile si è avuta in primo luogo con l'istituto dell'invalidità civile che, creato negli anni sessanta ed inizialmente orientato al collocamento mirato al lavoro di soggetti impossibilitati a lavorare per malattia (in attuazione dell'art. 38 della Costituzione), si è nel tempo trasformato in un sistema attivato per l'erogazione di indennità di natura economica. Una puntuale definizione da parte della legge del termine "invalidità" risale invece agli anni '70, con la L. 118/1971¹.

Come già ricordato, in ambito normativo sono state scelte diverse locuzioni per individuare un soggetto diversamente abile, tuttavia, le definizioni di handicap, disabilità e invalidità civile non sono pienamente coincidenti: mentre l'invalidità civile può essere definita in termini puramente medico-legali, poiché riconosce la minorazione in sé, senza tener conto del contesto sociale e riferendosi esclusivamente alle caratteristiche e possibilità fisiche, intellettive e sensoriali della persona, la condizione di handicap assume un significato più ampio, avvicinandosi ad una concezione più propriamente medico-sociale. L'handicap rappresenta infatti la si-

tuazione di svantaggio sociale che risulta dalla combinazione tra menomazioni e contesto di riferimento della persona. Inoltre non necessariamente uno stato di invalidità si accompagna allo stato di handicap e viceversa; proprio per questo, la persona in stato di handicap ha diritto all'accesso a prestazioni di vario tipo ma non necessariamente ai benefici di tipo economico. In merito alla distinzione tra handicap e invalidità, è interessante ricordare che la giurisprudenza amministrativa ha precisato come la condizione soggettiva di persona con handicap, che determina l'applicabilità delle disposizioni di favore previste dalla legge stessa, non si identifichi con lo stato invalidante che dà titolo alla corresponsione delle prestazioni assistenziali e previdenziali, quali la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento, ma presupponga una situazione più complessa caratterizzata dalla compresenza di patologie o altri fattori idonei a menomare le condizioni di vita del soggetto (Consiglio di Stato, Sez. IV, sentenza n. 185/1996; TAR della Puglia, Lecce, sentenza n. 633 del 18 novembre 1997). Rispetto a handicap e all'invalidità, la disabilità è un deficit fisico o psichico che una persona può avere in seguito a cause diverse ed in epoche diverse della propria vita, e che può aggravarsi a causa dalle particolari condizioni dell'ambiente esterno alla persona (ad esempio, per una persona che ha disabilità motorie, è un handicap l'abitare in una casa senza ascensore, per chi è affetto da daltonismo, è un handicap un semaforo che non consenta un'interpretazione dei suoi colori, ecc.).

Oltre alle definizioni di invalidità, handicap e disabilità, nel corso degli ultimi quindici anni, soprattutto a livello regionale ed in particolare dopo l'approvazione della L. 328/2000 (di cui si tratterà in seguito), ha trovato progressivo spazio di sviluppo normativo il concetto di non-autosufficienza. La valutazione della non-autosufficienza viene infatti usata per concedere benefici economici a compensazione delle spese per l'assistenza personale, per l'accesso all'assistenza domiciliare, per il rimborso parziale o totale del ricovero in strutture residenziali differenziate a seconda delle necessità assistenziali degli ospiti.

La certificazione di handicap (che solitamente attesta la presenza di disabilità e non autosufficienza) è del tutto indipendente da quella di invalidità civile, ma le modalità di presentazione della domanda e di accertamento sono analoghe.

¹ Secondo il citato testo normativo, l'invalidità si riscontra laddove vi è una riduzione della capacità lavorativa e si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni o infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che "comportano un danno funzionale permanente e che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo, o se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età"; nella nozione di invalido civile devono essere poi inseriti anche gli ultrasessantacinquenni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, mentre sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, i ciechi e i sordomuti, per i quali provvedono altre leggi.

In pratica, una persona può richiedere sia l'accertamento dell'handicap che dell'invalidità civile, cecità o sordomutismo e, analogamente, gli invalidi di guerra, del lavoro o per servizio possono richiedere l'accertamento dell'handicap ai sensi della L. 104/1992. Tuttavia, nel riconoscimento dello stato di handicap viene presa in considerazione la difficoltà d'inserimento sociale dovuta alla patologia o menomazione riscontrata, mentre la valutazione dell'invalidità civile si basa sulla riduzione della capacità lavorativa, con la conseguente attribuzione di una percentuale di riduzione che deve basarsi anche sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale. (si veda art. 1, c. 4, lettera c) del D.Lgs. 509/1988).

Si ricorda inoltre che la L. 102/2009, all'articolo 20, ha fissato nuovi criteri e competenze nei procedimenti di accertamento delle minorazioni civili, attribuendo all'INPS un ruolo di rilievo in materia di valutazione dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, e di gestione delle procedure amministrative e giurisdizionali in tale ambito. Dal primo gennaio 2010 la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta infatti all'INPS e non più alle ASL; le domande di invalidità civile devono essere inoltrate all'INPS per via telematica, direttamente o tramite i patronati e le associazioni di categoria (queste disposizioni normative sono state rese operative da INPS e disciplinate dalla Circolare 28 dicembre 2009, n. 131).

Ad oggi, la riforma del sistema di valutazione/accertamento della condizione di disabilità e il sistema dell'accesso alle politiche, interventi, servizi e prestazioni è inserita tra gli obiettivi del primo Programma d'Azione approvato dall'Osservatorio per la disabilità.

LA LEGGE 104/1992

Per quanto riguarda l'handicap, la L. 104/1992 ha offerto una prima sistematizzazione della normativa in materia di handicap identificando, all'art. 3, c. 1, la persona "handicappata" in "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione". Lo status di persona con handicap costituisce il presupposto a cui la normativa subordina il diritto della persona interessata di usufruire di agevolazioni e di godere di benefici e la legge stessa, nel definire le prestazioni cui hanno diritto i disabili, stabilisce un rapporto

di proporzionalità diretta tra benefici e entità della minorazione².

Riprendendo le numerose indicazioni che erano già maturate nella produzione normativa precedente, la L. 104/1992 descrive una serie di interventi, sia di tipo sanitario, sociale o erogati sotto forma di contributi e agevolazioni economiche, esclusivamente rivolti ai cittadini in stato di handicap.

Sul piano sanitario, la L. 104/1992 demanda al SSN la realizzazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, mentre al raggiungimento dell'obiettivo riguardante l'integrazione sociale sono invece riconducibili (più nello specifico) le diverse previsioni intese ad assicurare il diritto all'educazione e all'istruzione (art. 12 e ss.), alla formazione professionale (art. 17), all'inserimento lavorativo (artt. 18 e ss. e 33), alle attività sportive, turistiche e ricreative (art. 23), e, più in generale, alla mobilità (art. 24 e ss.). All'esercizio del diritto di voto è poi dedicato l'art. 29, vengono contemplati aggravamenti di pena nell'ipotesi di reati nei quali l'offeso sia una persona handicappata (art. 36), mentre a specifici decreti è demandata la regolamentazione delle modalità di tutela della persona handicappata all'interno dei locali di sicurezza, nei luoghi di custodia preventiva e di espiazione della pena (art. 37). Nel testo originale della legge erano poi presenti alcune previsioni agevolative in materia fiscale (ex art. 32, ora art. 10, lett. b) del DPR 917/1986 (TUIR).

Per quanto riguarda l'organizzazione e l'erogazione dei servizi, l'art. 8 della L. 104/1992 chiede che l'inserimento e l'integrazione sociale si realizzino mediante "...interventi di carattere socio-psicopedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico ai sensi della normativa vigente, a sostegno della persona handicappata e del nucleo familiare in cui è inserita".

Nello specifico, la cura e la riabilitazione della persona handicappata devono quindi basarsi su programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la

² L'art. 3, c. 2 della L. 104/1992, stabilisce, infatti, che "la persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e all'efficacia delle terapie riabilitative", mentre l'art. 3, c. 3, riconosce l'handicap "grave" nel caso in cui "la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità".

famiglia e la comunità; non è un caso che per favorire le possibilità di assistenza e cura ai figli con handicap grave in famiglia, ai genitori che lavorano sono concesse specifiche agevolazioni: permessi giornalieri e mensili, congedi retribuiti fino a due anni, possibilità di trasferirsi presso sedi di lavoro più vicine al proprio domicilio.

Successivamente, con la L. 162/1998, sono stati stabiliti ulteriori interventi nel campo dell'assistenza e dell'integrazione sociale delle persone disabili con handicap grave. Con questo provvedimento, di modifica e integrazione alla L. 104/1992, è stata disposta la convocazione, ogni tre anni, di una Conferenza Nazionale quale momento di verifica dello stato di attuazione degli interventi sulla disabilità, e sono state apportate sostanziali modifiche alla L. 104/1992, con particolare riferimento alle misure di sostegno in favore di persone con handicap grave. A seguito delle modifiche apportate all'art 39 c. 2 della L. 104/1992 (con l'integrazione delle lett. I-bis) e I-ter) le Regioni vengono incaricate di programmare interventi di sostegno alla persona con handicap di particolare gravità e alla famiglia con prestazioni integrative rispetto a quelle previste dagli enti locali, e di disciplinare l'erogazione di assistenza indiretta ai disabili gravi tramite rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi preventivamente concordati.

L'INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA

Tradizionalmente gli interventi in favore dei disabili si sono sempre mossi seguendo un duplice binario istituzionale, nazionale da un lato e regionale/locale dall'altro e su un doppio binario organizzativo: sociale e sanitario. Il risultato di tale sviluppo ha consentito la creazione di un'estesa gamma di strumenti e interventi volti a incidere su condizioni soggettive, di salute e sociali differenti; un'offerta così diversificata ha tuttavia determinato una crescente complessità in termini organizzativi e di comunicazione con i cittadini, enfatizzando la dicotomia tra sistema sanitario e sociale/assistenziale. Tale situazione ha poi generato, come ricordato, una pluralità di forme di accertamento e valutazione della condizione dei cittadini diversamente abili (invalidità, situazione di handicap, disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo, incapacità a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età, non autosufficienza) che si riflettono in altrettante certificazioni e che danno diritto a prestazioni differenti. Ancora oggi il miglioramento dell'integrazione tra interventi sanitari e assistenziali rimane uno degli obiettivi prioritari sia a livello nazionale che regionale.

Dal punto di vista organizzativo, già la L. 833/1978 di istituzione del SSN è intervenuta su questo tema affermando il principio dell'integrazione funzionale degli interventi di base sanitari e sociali, da realizzarsi nelle Unità sanitarie locali (ora ASL). La successiva produzione normativa in materia di assistenza socio-sanitaria ha mantenuto l'integrazione come obiettivo e definito l'organizzazione dei servizi sul territorio (ASL e Distretti), le competenze gestionali dei vari livelli istituzionali (Regioni, Province, Comuni singoli e associati, ASL) e i compiti di programmazione delle Regioni contenuti nei piani sanitari regionali.

Per chiarire meglio i confini delle due aree di intervento, il DPCM 8 agosto 1985 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della L. 833/1978" ha specificato quali fossero le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, le cui spese devono essere coperte del Fondo sanitario nazionale (FSN). Per quanto riguarda i disabili, devono essere finanziate dal FSN le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario dirette alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale dei disabili.

Come già ricordato, non rientrano fra queste attività quelle direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, tra cui l'assistenza economica; l'assistenza domestica; le comunità alloggio; le strutture diurne socio-formative; i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo; i centri di aggregazione e di incontro diurni; i soggiorni estivi; i ricoveri in strutture protette extra ospedaliere sostitutive, anche temporaneamente, dell'assistenza familiare.

Sempre con l'obiettivo di chiarire gli ambiti di competenza, più di recente, il D.Lgs. 229/1999 e il DPCM 14 febbraio 2001 recante "Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria" hanno provveduto a distinguere le diverse tipologie di prestazioni socio-sanitarie atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Ai sensi del DPCM 14 febbraio 2001, le prestazioni socio-sanitarie si distinguono in:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, erogate contestualmente ad interventi sociali, finalizzate al contenimento di esiti degenerativi, a carico delle ASL;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, finalizzate a sostenere la persona disabile o emarginata la cui condizione potrebbe avere esiti ne-

gativi sulla salute, a carico del Comune o del cittadino;

- prestazioni socio-sanitarie integrate per le aree materno infantile, disabili, anziani e non autosufficienti, dipendenze, patologie psichiatriche e da HIV, pazienti terminali, a carico delle ASL e garantite nell'allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, quindi rientranti nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

Nell'allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, di determinazione dei livelli essenziali di assistenza, oltre ad essere richiamate le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie a rilevanza sociale, sono quindi elencate otto specifiche prestazioni³, la maggior parte delle quali da erogare nei confronti di cittadini disabili o non autosufficienti, nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali una percentuale di costo è attribuibile al SSN mentre la restante rimane a carico dell'utente o del Comune.

LA LEGGE QUADRO 328/2000

Fino al 2000, la componente socio-assistenziale degli interventi socio-sanitari non è stata regolata da interventi normativi a livello nazionale e ha seguito percorsi differenziati a livello locale, sviluppati sulla base di normative nazionali di tipo settoriale, della legislazione regionale e dei piani sanitari re-

³ Nello specifico le otto prestazioni sono:

1. l'assistenza programmata a domicilio, per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;
2. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
3. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani, per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
4. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
5. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
6. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;
7. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani, per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
8. l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone affette da Aids, per le prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di assistenza prolungata in regime residenziale.

gionali e nazionali. Di fatto, la riforma dell'assistenza non ha proceduto di pari passo con la riforma della sanità e soltanto dalla fine del 2000 è stata adottata la L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che, ancora oggi costituisce il riferimento normativo principale in base al quale si è articolato il sistema dei servizi alla persona. La L. 328/2000 riconosce alle persone e alle famiglie il diritto ad un sistema integrato di interventi e servizi sociali e mira a prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia. Per quanto riguarda le persone disabili, la legge riconosce ai soggetti in difficoltà psico-fisica, non in grado di lavorare o sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, un accesso prioritario "ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali".

In estrema sintesi, il sistema istituzionale degli interventi assistenziali delineati dalla L. 328/2000 è articolato in più livelli di governo (Stato, Regione e Comuni), affida l'erogazione delle prestazioni ad una molteplicità di soggetti pubblici e privati, ed impone il coordinamento degli interventi assistenziali tra politiche sanitarie e politiche sociali. Inoltre, all'art. 22 c. 2, indica gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, secondo quando stabilito tramite gli strumenti di programmazione nazionali e locali e nei limiti delle risorse disponibili. Tra gli interventi previsti figurano:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili (art. 14, relativo ai progetti individuali) e re-

alizzazione, per i soggetti con disabilità grave, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'art. 10 della L. 104/1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione dell'elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

L'art. 22 c. 4 stabilisce inoltre che spetta alle leggi regionali disciplinare l'erogazione di alcune prestazioni quali:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

L'impianto normativo originario della L. 328/2000 è stato interessato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, adottata con Legge costituzionale 3/2001, che ha conferito alle Regioni competenza legislativa di tipo residuale (prima concorrente) nella materia dei servizi sociali. Per adeguare l'ordinamento al nuovo assetto costituzionale, in tema di livelli essenziali delle prestazioni sociali, l'art. 46, c. 3, della L. 289/2002 ha disciplinato ex novo la procedura per la loro approvazione, che ora avviene con decreto interministeriale, riformando la precedente regolamentazione prevista dalla L. 328/2000⁴.

⁴ Data la natura della nuova competenza regionale, di tipo residuale e non più concorrente, risultava inammissibile la previ-

Attualmente lo Stato rimane quindi competente per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, che devono essere emanati con modalità partecipative (art. 117, c. 2, lett. m), Cost.) e per la definizione e la ripartizione di diversi fondi speciali, tra cui il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) e quello per le non autosufficienze (di cui si dirà in seguito), nonché l'erogazione di pensioni e assegni sociali ed indennità assistenziali varie per gli invalidi civili, sordi e ciechi civili.

Il sistema voluto dalla L. 328/2000 affida invece alle Regioni le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della loro attuazione a livello territoriale. Sempre le Regioni disciplinano l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria (art. 8) e provvedono a ripartire i finanziamenti statali agli enti locali. In particolare, spetta alle Regioni definire gli ambiti per la gestione ottimale dei servizi; favorire l'associazione tra i piccoli comuni; stabilire gli standard delle strutture residenziali o semiresidenziali mentre le Province concorrono alla programmazione regionale, offrono supporto alla progettazione dei Comuni, promuovono la formazione di base e l'aggiornamento degli operatori.

Come già detto, spetta alle Regioni disciplinare, con proprie leggi, i principi, gli indirizzi, l'organizzazione e l'erogazione, tramite i Comuni, dei seguenti beni e servizi sociali:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

A livello locale, la pianificazione e la programmazione dei servizi e degli interventi sociali devono essere stabilite tramite il Piano socio-assistenziale regionale (PSR) e il Piano di zona (PdZ), quest'ultimo redatto secondo le indicazioni del PSR ed elaborato dai Comuni, anche associati, d'intesa con le ASL (art. 19).

sione di un piano statale nazionale e con l'indicazione da parte dello Stato di principi ed obiettivi di politica sociale, nonché delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali (si veda sul punto la sentenza Cost. 296/2012).

L'art. 6 della L. 328/2000 attribuisce ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale; ad essi sono quindi riconosciute tutte le competenze relative all'erogazione dei servizi sociali (nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province), e, di conseguenza, l'esercizio delle funzioni amministrative in materia di interventi sociali e di servizi alla persona (analoghe previsioni sono state dettate dall'art. 13 del D.Lgs. 267/2000 (TUEL), il quale stabilisce che spettano al Comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, in primo luogo nei settori organici dei servizi alla persona e alla comunità). Il Comune dispone quindi di autonomia nell'organizzare ed erogare i servizi, accredita i soggetti privati che si propongono alla gestione dei servizi stessi, esercita funzioni di controllo ed individua forme per l'esercizio della tutela dei diritti degli utenti.

Oltre ai maggiori attori istituzionali (Stato, Regioni e Comuni), la L. 328/2000 valorizza il ruolo del terzo settore, e riconosce esplicitamente la rilevanza e la necessità dell'azione degli organismi privati no-profit in comparti tradizionalmente lasciati alle competenze di operatori di natura pubblica.

Nel rapporto con i cittadini, specificatamente nell'ambito della disabilità, sono sempre i Comuni, d'intesa con il SSN e su richiesta del disabile interessato, a predisporre, come richiesto dall'art. 14 della L. 328/2000, il "progetto individuale" di assistenza al fine di razionalizzare l'intervento assistenziale ed erogare una serie integrata di servizi sociali, sanitari, dell'istruzione, formazione e lavoro che garantiscano ai disabili pari opportunità, accessibilità e la realizzazione della piena integrazione nell'ambito familiare e sociale nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica, professionale o del lavoro (l'art. 14 fa esplicito riferimento alle prestazioni di cura e riabilitazione, ai servizi alla persona nonché alle misure economiche indirizzate al superamento delle condizioni di povertà, di emarginazione ed esclusione sociale). Nel progetto individuale sono anche definiti "gli eventuali sostegni per il nucleo familiare", individuati grazie alla partecipazione ed il coinvolgimento della persona disabile (e della sua famiglia) nella predisposizione del progetto stesso. Lo strumento del progetto individuale, oltre a coordinare le azioni delle diverse istituzioni pubbliche coinvolte e a calibrarle sulla situazione specifica di ciascun disabile, vuole infatti assicurare una maggiore attenzione alla domanda proveniente dai fruitori dei servizi e la partecipazione degli stessi al momento decisionale.

L'ASSISTENZA SOCIALE E I SERVIZI ALLA PERSONA DISABILE

Nel corso degli ultimi decenni, gli interventi a sostegno dell'integrazione delle persone disabili hanno registrato una crescita quantitativa e qualitativa a livello legislativo, culturale e nei diversi contesti della vita sociale, a cui si è accompagnata una progressiva responsabilizzazione delle istituzioni, dell'associazionismo e del privato sociale.

L'assistenza ai cittadini in stato di bisogno rappresenta uno dei settori in cui si articola il sistema di protezione sociale italiano, che, oltre ai servizi socio assistenziali, comprende quelli di natura sanitaria previdenziale. Attualmente a favore dei disabili sono previsti sia le prestazioni di natura esclusivamente sanitaria che hanno comunque carattere di universalità, sia specifici interventi di natura economico-previdenziale (per lo più demandati alla competenza dell'INPS o attribuiti nella forma di vantaggi fiscali e sconti sulle tariffe per servizi reputati essenziali), sia prestazioni socio-assistenziali (eventualmente integrate con quelle sanitarie) che vengono ricomprese nell'ambito dei servizi alla persona.

Con la locuzione "servizi alla persona" si fa riferimento al settore organico di materie che il D.Lgs. 112/1998 ha fatto oggetto di conferimento di funzioni dallo Stato alle Regioni, e da queste agli enti locali (Titolo IV del D.Lgs. 112/1998, intitolato "Servizi alla persona e alla comunità", avente ad oggetto le materie "tutela della salute", "servizi sociali", "istruzione scolastica", "formazione professionale", "beni culturali" e "spettacolo e sport"). Tali servizi si distinguono dai servizi pubblici in quanto a differenza di questi ultimi, che consistono in prestazioni sostanzialmente standardizzabili e possibili oggetto di una produzione con tecniche industriali, richiedono prestazioni adattate a specifici bisogni della persona.

Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, le persone disabili e non autosufficienti possono ricevere, a richiesta, dalle strutture presenti nel luogo dove vivono, varie tipologie di prestazioni; le prestazioni di tipo sanitario vengono fornite dal SSN e consistono in servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione o compensazione delle minorazioni, e nella fornitura di ausili tecnici.

Per quanto riguarda i servizi di natura economico previdenziale, l'INPS gestisce e fornisce le prestazioni sociali in denaro a livello nazionale la cui maggior quota è rappresentata dalle prestazioni economiche di invalidità civile; queste rappresentano il più importante tra i trattamenti di natura e-

conomico assistenziale riconosciuti ai cittadini disabili e si compongono di:

- pensioni o assegni erogati a cittadini con redditi insufficienti e con una riduzione a partire dal 74% della capacità di lavoro o di svolgimento delle normali funzioni quotidiane;
- indennità di accompagnamento, concesse in presenza di accertata inabilità al 100% e impossibilità di deambulare o compiere gli atti quotidiani della vita. Al contrario delle pensioni di invalidità civile, cecità e sordomutismo e degli assegni mensili di assistenza agli invalidi civili parziali, l'indennità di accompagnamento non è soggetta a limiti reddituali ma è prevista al solo titolo della minorazione.

Sempre a livello nazionale, tra le agevolazioni di natura economica rientrano quelle di tipo fiscale riguardanti: i figli a carico portatori di handicap, l'acquisto di veicoli, mezzi di ausilio, sussidi tecnici e informatici, le spese per i cani dei non vedenti e di interpretariato per i non udenti; le spese per le realizzazioni di interventi di abbattimento delle barriere architettoniche; le spese mediche e quelle per l'assistenza personale e domestica.

Sempre in favore dei cittadini disabili sono previsti per legge interventi sull'ambiente di vita del disabile quali campagne di sensibilizzazione, abbattimento delle barriere architettoniche e tecnologiche, nonché strategie per l'integrazione del disabile nei contesti sociali corrispondenti alle diverse fasce di età e per garantire il diritto all'istruzione e all'inserimento scolastico (diritto all'insegnante di sostegno e agli ausili scolastici) e l'accesso al mondo del lavoro (L. 68/1999) tramite gli istituti del collocamento mirato e delle assunzioni obbligatorie.

In Italia, le prestazioni di carattere socio-assistenziale, realizzate attraverso un complesso di normative nazionali, regionali e comunali e rimesse alla competenza degli enti locali per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ed amministrativi, comprendono diverse tipologie di interventi e servizi in favore sia del disabile che della sua famiglia. Generalmente gli interventi di tipo socio assistenziale rivestono le forme della prestazione economica e/o del servizio alla persona, finanziati principalmente (almeno finora) dalla fiscalità generale.

L'accesso agli interventi assistenziali, pur avendo, come per le prestazioni sanitarie, un carattere di universalità, è generalmente subordinato alla presenza di particolari requisiti: il bisogno fisico e la scarsità economica per provvedervi.

In materia dei servizi sociali, tra cui rientrano i servizi alla persona, l'art 132 del D.Lgs. 112/98 attri-

buisce esplicitamente alle Regioni il compito di regolare con legge regionale il conferimento ai Comuni ed agli altri enti locali delle funzioni ed dei compiti amministrativi relativi, tra le altre categorie di beneficiari (ad esempio minori, anziani...), ai portatori di handicap, ai non vedenti e agli audiolesi nonché agli invalidi civili ad esclusione delle prestazioni di natura previdenziale riservate alla competenza dell'INPS.

Escludendo l'offerta di servizi di tipo sanitario (assistenza ospedaliera e sanitaria distrettuale, quest'ultima ripartibile in assistenza primaria, specialistica ed ambulatoriale), Regioni e Comuni (singoli o associati) offrono diverse prestazioni in natura che possono essere suddivise nelle tre macro categorie seguenti:

- i servizi territoriali che comprendono i servizi di assistenza domiciliare, a contenuto sanitario erogati dalle ASL o di natura socio-assistenziale, erogati dagli enti locali (prevalentemente Comuni) e l'assistenza semi-residenziale, prestata ad esempio tramite centri diurni, e diverse tipologie di servizi alla persona;
- i servizi residenziali che comprendono le strutture residenziali extra-ospedaliere (quindi escludendo gli interventi erogati da ospedali e strutture sanitarie assimilate), come ad esempio le residenze sanitarie assistenziali (RSA), le case di riposo o comunità alloggio;
- le prestazioni in denaro erogate nella forma di interventi economici (assegni di cura, bonus famiglia, voucher etc.) per garantire il minimo vitale a persone e famiglie in situazioni di disagio esoneri e riduzioni di tariffe per determinati servizi ritenuti essenziali.

Inoltre, per le persone disabili, sono i comuni, singoli o associati, che nel territorio di appartenenza intervengono in piena autonomia e nei limiti delle risorse disponibili, con loro iniziative; ne sono un esempio i servizi di trasporto per le persone non autosufficienti, i progetti che favoriscono le attività socio culturali e sportive, la consegna a domicilio di documenti o generi di prima necessità, il personale che assiste i minori che frequentano gli istituti dell'obbligo, ecc.

Per quanto riguarda il finanziamento degli interventi, la L. 328/2000 ha confermato, all'art. 20, il Fondo nazionale delle politiche sociali⁵ con lo scopo di provvedere alla promozione di interventi per la rea-

⁵ Il "Fondo per le politiche sociali", fu istituito per la prima volta con la L. 449/97, art. 59, poi denominato "Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) dal D.Lgs. 112/1998 e al quale, dal 1998, sono affluiti anche gli stanziamenti previsti per gli interventi disciplinati dalla L. 104/1992.

lizzazione di standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato; gli obiettivi principali verso cui dirigere gli interventi a favore dei disabili vengono individuati nell'assistenza sociale e sanitaria, nell'integrazione scolastica, la formazione professionale e l'inserimento lavorativo, nella rimozione di ostacoli per l'esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative, nell'eliminazione e superamento delle barriere architettoniche, nell'accesso all'informazione e alla comunicazione, nella mobilità e nei trasporti collettivi e individuali.

Per l'erogazione delle risorse verso specifici obiettivi, il sistema articolato di PSR e di PdZ, voluto dalla L. 328/2000 descrive, per ciascun ambito territoriale di riferimento (indicato a livello regionale), una rete integrata di servizi sociali e socio-sanitari da finanziare attraverso il FNPS. Le risorse del FNPS, ripartite annualmente fra le Regioni, le Province autonome, i Comuni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono assegnate con decreto interministeriale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del MEF.

La legge di stabilità per il 2011 (L. 220/2010) ha stanziato per le politiche sociali 273,8 milioni di euro, mentre la successiva legge di stabilità 2012 (L. 183/2011) ha destinato al FNPS solo 69,954 milioni di euro. Il decreto 16 novembre 2012 ha ripartito le risorse finanziarie realmente afferenti al Fondo, ammontanti ad euro 42.908.611, destinando euro 32.033.310 al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Infine la legge di stabilità 2013 (legge 228/2012), all'articolo 1, comma 271, è tornata ad incrementare le risorse del FNPS con uno stanziamento da 300 milioni di euro per l'anno 2013; il capitolo di bilancio del fondo, allocato presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, è dotato quindi di 344.178.000 euro per il 2013.

Oltre al FNPS, gli interventi a favore dei disabili sono finanziati tramite il Fondo nazionale per le non autosufficienze istituito dall'art. 1, c. 1264, della L. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Le risorse sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Nel 2010, le risorse assegnate al Fondo erano pari a 400 milioni di euro. Per il 2011, il Decreto interministeriale 11 novembre 2011 ha assegnato al Fondo risorse per 100 milioni di euro, stanziate dall'art. 1, c. 40, della L. 220/2010 (legge di stabilità 2011). In ultimo, la

legge di stabilità 2013, al comma 151, autorizza la spesa di 275 milioni di euro per l'anno 2013, per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze ed ulteriori 40 milioni dovrebbero confluire al fondo, dai risparmi attesi dal piano straordinario di verifiche INPS sulle invalidità. Mentre i due fondi decritti finanziano gli interventi in ambito sociale, gli altri interventi di natura sanitaria, fiscale e del lavoro, sono a carico del fondo sanitario nazionale, che si alimenta attraverso vari tributi e viene ripartito tra le Regioni, della previdenza e della fiscalità generale dello Stato.

Sempre a favore dei disabili, le Regioni si sono dotate di un fondo regionale specifico mentre gli enti locali integrano tali interventi, in conformità con le normative sull'autonomia locale, attraverso lo stanziamento di risorse proprie e di fondi alternativi (ad esempio, attraverso imposte e tributi locali).

2.2 La normativa regionale

Nonostante le indicazioni programmatiche della L. 328/2000, sul piano normativo la situazione è attualmente caratterizzata dalla mancata determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte dello Stato; nell'attesa della definizione, le Regioni hanno dato vita ad una produzione normativa sull'argomento, pervenendo in alcuni casi all'identificazione delle prime prestazioni da garantire nell'ambito degli stessi livelli essenziali, dei beneficiari e del territorio di riferimento per l'erogazione delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'attuazione a livello locale, a seguito dell'adozione della L. 328/2000, le Regioni sprovviste di una specifica normativa in materia hanno, infatti, provveduto a recepirne le indicazioni, tramite leggi di riordino del sistema socio-assistenziale, mentre quelle che già avevano emanato una normativa di settore si sono limitate ad elaborare il PSR che, nella maggior parte dei casi, si integra con il piano sanitario.

Nella Regione Lazio, prima dell'avvento della L. 328/2000, l'avvio della riforma si è concretizzato con una prima fase di sperimentazione volta a realizzare, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e funzionale, l'integrazione dei servizi sociali e di quelli sanitari⁶.

La Regione Lazio ha iniziato il proprio percorso di riordino del sistema dei servizi socio-assistenziali con la LR 38/1996 "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-

⁶ I distretti sociosanitari, originariamente pari a 7, sono arrivati nel 2012 a 55, di cui 19 ricadenti nel territorio del Roma Capitale e corrispondenti ai territori dei Municipi.

assistenziali nel Lazio”, che interviene su tutta la legislazione regionale precedente in materia socio-assistenziale, andando a disciplinare in maniera organica la programmazione ed organizzazione dei servizi e degli interventi sociali nel Lazio. In particolare la LR 38/1996 disciplina l'esercizio decentrato delle funzioni amministrative nel campo socio-assistenziale e individua le modalità di coordinamento per l'integrazione con i servizi e gli interventi sanitari, educativi, scolastici e sportivi. Nel disciplinare l'ambito territoriale di erogazione dei servizi socio sanitari, la LR 38/1996 riconosce all'art. 38 gli ambiti territoriali coincidenti con il distretto sanitario (come definito dalla LR 18/1994 di riordino della sanità regionale) quale dimensione territoriale in cui vengono organizzate in maniera integrata le funzioni sanitarie, socio-sanitarie e socio assistenziali (l'articolazione territoriale dei distretti è di competenza delle ASL, le quali, in esecuzione delle DGR 2034/2001 e 1893/2001, hanno l'obbligo di adottare l'atto di autonomia aziendale per dettare i principi generali in materia di organizzazione e funzionamento). L'obiettivo di carattere generale che gli ambiti distrettuali devono perseguire per la realizzazione del sistema integrato si riferisce essenzialmente alla realizzazione nel territorio di competenza di una rete di servizi, alla quale sia garantita la pari opportunità di accesso da parte dei cittadini residenti.

Gli interventi e i servizi socio-assistenziali sono stati disciplinati dalla LR 38/1996 utilizzando tre dimensioni:

- interventi di prevenzione, informazione e promozione sociale;
- interventi e servizi di sostegno alla persona ed alla famiglia;
- interventi e servizi sostitutivi della famiglia o alternativi ad essa.

Con la successiva LR 14/1999 “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo” in attuazione D.Lgs. 112/1998, sono state poi precisate le ripartizioni delle competenze istituzionali e completato il quadro della riforma per il decentramento amministrativo. Inoltre il medesimo provvedimento detta disposizioni in merito all'autorizzazione e alla vigilanza sulle istituzioni pubbliche e private e sulle organizzazioni di volontariato che operano nell'area socio-assistenziale.

La pianificazione e programmazione regionale degli interventi e dei servizi socio assistenziali, descritta dalla LR 38/1996, avviene attraverso la predisposizione di un piano regionale (PSR, art. 46 della LR 38/1996) e, a livello locale, dei piani di

zona (PdZ). Il PSR, che viene approvato ogni tre anni, è vincolante per tutti i provvedimenti di natura legislativa, regolamentare ed amministrativa adottati dalla Regione nel settore socio-assistenziale nonché per le azioni di indirizzo, di coordinamento e di controllo nei confronti degli enti locali e delle ASL. Il PSR determina i criteri di programmazione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario, coordinandoli con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. Il primo PSR della Regione Lazio è stato approvato con DGR 591/1999 per il periodo 1999-2001; successivamente in allegato alla DGR 860/2001 “Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l'attuazione del primo piano socio assistenziale 2001” sono state fornite le prime “Linee guida ai Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali” in cui vengono indicati i servizi integrati (di seguito elencati) da realizzare prioritariamente, in ambito distrettuale, a favore di fasce deboli della popolazione:

- assistenza domiciliare integrata per soggetti anziani, disabili e minori, compresa l'assistenza domiciliare autogestita;
- centri diurni socio-riabilitativi per disabili;
- interventi di assistenza 24 ore su 24 rivolti ai disabili;
- residenze sanitarie assistenziali, per soggetti disabili ed anziani non curabili a domicilio;
- assistenza sanitaria domiciliare in favore di persone parzialmente non autosufficienti assistite nelle case di riposo pubbliche e private;
- affidi di minori;
- affidamento familiare, adozioni nazionali ed internazionali;
- interventi per disagiati psichici;
- servizi attuati in base ai progetti finanziati dalla L. 285/1997

Per la programmazione e la gestione dei servizi all'interno dei distretti, gli enti locali devono adottare il metodo della pianificazione di zona. Nel PdZ, individuato dall'art. 19 della L. 328/2000 e dall'art. 51 della LR 38/96, i Comuni del distretto, di intesa con la ASL, e con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti operativi e alle risorse da attivare. Per la definizione della programmazione territoriale (i cui contenuti minimi sono indicati all'art. 51 della LR 38/1996)

viene costituito l'Ufficio di Piano presso il Comune capofila del distretto; all'Ufficio di Piano è demandata la redazione del PdZ (che è poi inviato per la conformità alla programmazione regionale e l'erogazione delle risorse all'Assessorato alle Politiche sociali e famiglia); la partecipazione dei diversi Comuni alla pianificazione degli interventi sul territorio è assicurata dal Comitato dei Sindaci (formato dai Sindaci dei Comuni facenti parte del distretto) che rappresenta l'organismo di coordinamento istituzionale chiamato ad intervenire nella fase di definizione degli obiettivi strategici e ad interagire con l'Ufficio di Piano.

Nelle more dell'approvazione di un nuovo piano socio-assistenziale che aggiorni quello del 1999-2001, la LR 4/2006 all'art. 118, ha stabilito che la Giunta Regionale possa provvedere con propria deliberazione all'attribuzione delle risorse finanziarie. Al riguardo, l'ultima deliberazione di riferimento è la DGR 120/2012 "Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali per il triennio 2012-2014". L'anno prima, con la DGR 202/2011, nel deliberare il piano di utilizzazione per l'anno 2011 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, la Giunta regionale ha anche approvato le "Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali".

Nelle linee guida del 2011 vengono stabiliti i contenuti che il PdZ deve avere e le azioni da realizzare per il conseguimento degli obiettivi programmati in relazione alle aree di intervento prioritarie individuate dalla Regione.

In linea di massima il PdZ deve presentare i seguenti contenuti:

- a) raccolta di dati relativi all'area distrettuale concernenti: aspetti geomorfologici, aspetti demografici: popolazione residente, sua divisione per classi di età, analisi dei bisogni, quantificazione delle risorse finanziarie disponibili, risorse umane da impiegare, soggetti del privato sociale;
- b) obiettivi strategici per ogni area di intervento, in relazione agli specifici bisogni di assistenza dei cittadini, assicurando il livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale;
- c) programma di intervento e relative priorità per il raggiungimento degli obiettivi;
- d) mezzi e strumenti per la realizzazione degli interventi, con specifico riferimento alle risorse finanziarie, strutturali, umane e professionali disponibili;

e) quantificazione del complesso delle risorse finanziarie destinate a realizzare gli obiettivi che costituiscono il "budget di distretto" con l'indicazione dei fondi propri dei Comuni, dei fondi di provenienza regionale, delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali assegnati dalla Regione al distretto, dei fondi socio sanitari di competenza della ASL, di quelli destinati alla formazione, di ogni altra risorsa resasi disponibile sul territorio;

f) modalità organizzative dei servizi per l'attuazione degli interventi previsti;

g) modalità per garantire l'integrazione tra i servizi e prestazioni sia a livello gestionale (rete dei servizi) sia a livello professionale (equipe multidisciplinari, unità valutative integrate ecc.), con particolare riferimento alle forme di concertazione ed integrazione con la ASL;

h) modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle Amministrazioni statali con particolare riferimento all'Amministrazione penitenziaria e della giustizia nonché con le istituzioni scolastiche;

i) modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;

j) modalità di concertazione e partecipazione non solo dei soggetti pubblici ma anche dei soggetti del terzo settore e delle Organizzazioni Sindacali;

k) individuazione dei tempi di attuazione del programma di intervento;

l) definizione dei requisiti di qualità, del sistema dei controlli, del monitoraggio e della verifica dei risultati raggiunti.

Sulla base delle linee di pianificazione contenute nel PdZ ed in relazione agli interventi prioritari da realizzare, devono poi essere descritti i singoli progetti operativi, che fanno parte integrante del piano e per i quali sono previsti specifici finanziamenti regionali nell'ambito e nei limiti della quota preventivamente attribuita quale budget di distretto.

Con riferimento al riparto di competenze tra i vari attori istituzionali, le linee guida regionali riconoscono alle Province un ruolo di raccordo nella programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e di promozione dell'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali con specifico riferimento a quelle attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione e dell'educazione.

Ai Comuni viene invece riconosciuta la titolarità delle funzioni di assistenza sociale; per assolvere a tale compito essi devono acquisire conoscenza dei bisogni della popolazione, realizzare azioni idonee al superamento delle necessità e, in ultimo, predisporre e attivare gli interventi di controllo e valutazione dei risultati.

Per quanto riguarda le ASL, esse partecipano alla fase di programmazione, gestione e verifica degli interventi integrati e a tal fine sottoscrivono l'accordo di programma (l'art. 51 della LR 38/1996, stabilisce che il PdZ di norma viene adottato attraverso accordo di programma, secondo le procedure previste all'art. 34 del TUEL (per altro, anche l'art. 19, c. 2 della L. 328/2000 contiene analoga disposizione).

Nell'ambito delle attività programmate le ASL individuano, d'accordo con i Comuni, le modalità organizzative ed operative che garantiscano l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sociosanitari. Di conseguenza, le ASL intervengono nella gestione del progetto integrato con proprie risorse (di personale, di strutture e di attrezzature) e quantificano la relativa quota di impegno finanziario. Tali stanziamenti contribuiscono alla definizione delle disponibilità finanziarie del distretto sociosanitario e vanno a far parte del budget complessivo dello stesso.

I Comuni devono poi prevedere obbligatoriamente modalità di consultazione e partecipazione attiva, attraverso meccanismi di concertazione, ai soggetti del terzo settore – organismi di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative e consorzi sociali e alle organizzazioni sindacali.

Per quanto riguarda il finanziamento degli interventi, il budget di distretto è costituito dall'insieme delle risorse disponibili sul territorio finalizzate alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali.

Le risorse finanziarie complessivamente impegnate che compongono il budget di distretto derivano da:

- risorse proprie dei Comuni afferenti al distretto;
- risorse provenienti dai budget dei distretti sanitari afferenti alla ASL competente per territorio;
- finanziamenti provenienti dalla Regione;
- finanziamenti provenienti dall'Unione Europea;
- disponibilità finanziarie provenienti da altre fonti pubbliche o private (fondazioni bancarie, aziende private, ecc.).

L'atto di adozione del PdZ deve indicare: le modalità di utilizzo delle risorse in rapporto agli obiettivi prefissati e di monitoraggio della spesa sociale nonché i criteri di compartecipazione alle spese a carico di ciascun Comune e della ASL, prevedendo anche eventuali risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi.

Il PdZ deve prevedere anche la definizione del sistema dei controlli, con specifico riferimento al monitoraggio e alla valutazione dei risultati raggiunti. Entrambe le funzioni sono finalizzate ad acquisire elementi di conoscenza sui programmi o sui servizi ed interventi realizzati attraverso il piano stesso per arrivare progressivamente a documentare le modalità di funzionamento del sistema dell'offerta. Il fine del monitoraggio è quello di favorire il controllo sui risultati ottenuti attraverso la raccolta di informazioni sui valori numerici raggiunti dagli indicatori, sia di processo che di risultato, che sono stati scelti per misurare determinati aspetti dell'esecuzione del programma; la valutazione di processo riguarda la raccolta di informazioni utili alla gestione del progetto e al monitoraggio dello stato di avanzamento del programma, mentre la valutazione dei risultati consiste in una verifica volta a definire i reali effetti prodotti sulla popolazione destinataria degli interventi.

LIVEAS REGIONALI

Con lo scopo di garantire un "sistema di prestazioni e servizi sociali finalizzato a supportare cittadinanza sociale e qualità della vita delle persone e delle famiglie, e pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli", la Regione Lazio, con DGR 1408/2002, ha definito i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale (LIVEAS); per garantire l'omogeneità degli standard di protezione sociale, l'attuazione dei LIVEAS nei distretti avviene in base a quanto definito nel PSR che costituisce il riferimento operativo per l'organizzazione della rete dei servizi in ambito locale. L'effettiva realizzazione dei LIVEAS è tuttavia vincolata alla presenza di risorse finanziarie in quanto ad esse è subordinata, in tutte le Regioni, l'effettiva esigibilità delle prestazioni di cui alla L. 328/2000.

Lo schema dei livelli essenziali presentato dalla Regione Lazio riprende le indicazioni della L. 328/2000, prevedendo le varie tipologie di prestazioni e servizi e articolandole per le varie aree di intervento. In dettaglio, la DGR 1408/2002 propone una griglia (in parte anticipata dalle linee guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2001) in cui vengono indicate le funzioni assistenziali da inserire nei PdZ come livelli assistenziali che devono comunque essere assicurati in

ogni distretto oltre agli interventi e le prestazioni che ne permettano l'attuazione.

Le aree organizzative di intervento per i LIVEAS vengono così individuate:

1. Segretariato sociale

Il servizio offre informazioni al singolo e ai nuclei familiari sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità, e consulenza sui problemi familiari e sociali; attiva, per ogni richiesta, una prima lettura del bisogno con definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza. Il servizio si occupa anche della raccolta sistematica dei dati e delle informazioni sulla domanda ed offerta di servizi oltre a promuovere reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale. Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e trasversale essendo finalizzate ad una prima valutazione ed orientamento della domanda/bisogno nonché dell'organizzazione della risposta al bisogno stesso.

2. Servizio sociale professionale

Il servizio offre sostegno e accompagnamento al singolo e alla famiglia tramite attività di sostegno alle responsabilità genitoriali, mediazione familiare e sociale, sostegno socio-educativo. Inoltre esso garantisce consulenza e sostegno nei procedimenti di adozione nazionale ed internazionale oltre a collaborare con l'autorità giudiziaria e le istituzioni formative e occupazionali. Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e/o settoriale (minori, anziani disabili ecc.) e sono finalizzate alla presa in carico e alla fruizione delle prestazioni offerte dalla rete di servizi, tali prestazioni si coordinano ed integrano con prestazioni educative, mediche, psicologiche, nonché con le attività dei settori per le politiche formative e del lavoro.

3. Servizio di pronto intervento sociale

Le prestazioni sono finalizzate a prendere in carico e rimuovere le situazioni di emergenza dovute a fragilità sociali e ad accompagnare la persona o la famiglia a fruire delle prestazioni offerte dalla rete di servizi appropriate al bisogno.

4. Assistenza domiciliare

Le prestazioni sono finalizzate a mantenere presso il domicilio persone e famiglie con fragilità sociale, con particolare riferimento ad anziani, disabili e minori; tali prestazioni si integrano, nel caso di patologia in atto o di non autosufficienza, con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative.

5. Strutture a ciclo residenziale

Le strutture si distinguono in:

- strutture di tipo familiare per utenti ai quali sia impossibile la permanenza temporanea o permanente nel nucleo familiare;
- strutture a carattere comunitario, per persone prive del supporto familiare o per le quali sia impossibile la permanenza temporanea o permanente nel nucleo familiare;
- strutture a prevalente accoglienza alberghiera, rivolte in particolare ad anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti.

Le strutture a ciclo residenziale assicurano, in relazione alle necessità previste dal piano personalizzato:

- accoglienza, assistenza, cura alla persona e ristorazione;
- attività di socializzazione, stimolo dei rapporti interrelazionali ed integrazione con il contesto sociale, accompagnate da attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi;
- sostegno e consulenza ai familiari;
- sostegno socio-educativo e psicologico per disabili, soggetti a rischio di emarginazione, minori e, donne minacciate o vittime di violenza.

Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza alle fasce di popolazione fragili, con particolare riferimento ad anziani, minori, disabili minori ed adulti, persone dipendenti e persone minacciate o vittime di violenza (minori e donne) e si connettono con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative.

6. Strutture a ciclo semiresidenziale

Le prestazioni erogate nelle strutture semiresidenziali sono finalizzate a fornire assistenza diurna a persone e famiglie a rischio di emarginazione sociale; possono essere organizzate in forma autonoma o all'interno di strutture a ciclo residenziale a carattere comunitario, ad esclusione di quelle per minori, ed a prevalente accoglienza alberghiera.

Nel Lazio, l'assistenza sociale dedicata ai soggetti disabili non ha una disciplina regionale a se stante, in quanto gli interventi dedicati ai disabili sono inclusi nella più ampia categoria degli interventi sociali. Nonostante ciò, la Regione è intervenuta con proprie leggi sia per tutelare il diritto di informazione e di accesso alle prestazioni, sia per finanziare con risorse aggiuntive rispetto a quelle di prove-

nienza statale, le prestazioni rivolte ai soggetti non autosufficienti.

CONSULTA PER I PROBLEMI DELLA DISABILITÀ E DELL'HANDICAP

Sin dal 2003, per poter affrontare in maniera unitaria le molteplici problematiche sociali che possono interessare un soggetto disabile, la Regione Lazio si è dotata della "Consulta per i problemi della disabilità e dell'handicap", quale organismo di consultazione permanente in relazione alle politiche regionali in favore dei disabili, il cui scopo è proprio quello di coordinare gli interventi regionali in favore dei disabili.

La Consulta, istituita con LR 36/2003 e costituita da rappresentanti di organizzazioni di volontariato e associazioni che abbiano esercitato attività prevalenti nel settore della disabilità e dell'handicap, svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- esprime il proprio parere sui programmi regionali d'intervento in favore delle persone disabili e sugli atti regionali riguardanti l'inserimento e l'integrazione lavorativa di tali persone o che, comunque, abbiano ripercussioni sul mondo della disabilità e dell'handicap;
- formula proposte per la realizzazione di interventi, a favore delle persone disabili, finalizzati, in particolare, a favorirne l'integrazione sociale;
- promuove l'approfondimento, l'aggiornamento e la diffusione delle informazioni in materia di disabilità e di handicap e l'attivazione di iniziative per favorire la prevenzione e la comprensione civile;
- formula proposte di attività di studio e ricerca in ordine ai problemi che ostacolano la piena integrazione sociale delle persone disabili.

IL CENTRO DI ACCESSO UNICO ALLA DISABILITÀ

Successivamente la LR 2/2009 (Istituzione del centro di accesso unico alla disabilità (CAUD). Modifica alla legge regionale 12 dicembre 2003 n. 41. "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali"), ha indicato gli obiettivi verso cui orientare a livello regionale gli interventi a favore dei disabili. In dettaglio, la norma ha disposto che la Regione Lazio, in conformità a quanto stabilito dall'art. 7 dello Statuto Regionale e dalle L. 104/1992 e L. 328/2000, al fine di garantire alle persone con disabilità ed ai loro nuclei familiari la presa in carico globale e un adeguato livello di assistenza, promuova politiche coordinate ed integrate tali da (LR 2/2009, art. 1, c. 1):

- prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di situazioni di disabilità, anche attraverso la diagnosi e l'intervento precoce;
- rimuovere ogni forma di discriminazione e violazione del principio di pari opportunità;
- garantire l'autonomia, l'autodeterminazione, la libertà di scelta, l'inclusione sociale e lavorativa, la protezione e la cura delle persone con disabilità, con particolare riguardo alle condizioni di gravità;
- assicurare alle persone disabili un approccio multidisciplinare e personalizzato, anche ai fini della permanenza nel proprio ambiente di vita;
- sostenere, nel quadro della promozione e dello sviluppo delle politiche sociali e del sistema dei servizi a livello regionale e locale, le famiglie delle persone con disabilità, anche promuovendo forme di auto-mutuo aiuto e favorendo la partecipazione all'elaborazione dei programmi di intervento;
- garantire il complesso degli interventi e dei servizi in un'ottica di integrazione, con particolare riferimento alle strutture socio-educative, socio-lavorative, culturali e del tempo libero, tale da assicurare la continuità del percorso personalizzato nelle varie fasi della vita ed evitare processi di emarginazione;
- promuovere azioni volte al superamento delle barriere di comunicazione, di informazione, architettoniche, di mobilità e finalizzate ad assicurare l'accesso all'istruzione, al lavoro, ai trasporti, nonché ai servizi culturali, ricreativi e sportivi per una migliore qualità della vita.

Sempre la LR 2/2009 ha modificato la LR 41/2003 inserendo tra le strutture a ciclo residenziale per disabili, una nuova tipologia definita la "Comunità alloggio-gruppo" (struttura di tipo familiare, a bassa intensità assistenziale, parzialmente autogestito, con limitata capacità ricettiva, destinato a soggetti maggiorenni in situazioni di handicap fisico, intellettuale o sensoriale che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa) e ha previsto l'istituzione del Centro di accesso unico alla disabilità (CAUD) in grado di fornire un approccio centrale e integrato per la disabilità. Lo scopo del CAUD è quello di garantire a tutti i cittadini le informazioni, l'orientamento, l'assistenza amministrativa necessaria, nonché l'efficiente gestione degli interventi e dei servizi rivolti ai disabili e ai loro nuclei familiari (LR 2/2009, art. 2, c. 1).

Ai servizi del CAUD possono accedere (LR 2/2009, art. 3) sia le persone con disabilità (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992), sia le persone che necessitano di accertamenti clinici ai fini del riscontro di un'eventuale disabilità e i loro rispettivi nuclei familiari.

La LR 2/2009 ha previsto, inoltre, l'istituzione del Coordinamento regionale istituzionale per i problemi della disabilità, allo scopo di assicurare la determinazione delle politiche integrate e coordinate in materia sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale, socio-educativa, socio-lavorativa per le persone con disabilità, nonché la definizione delle relative scelte programmatiche di indirizzo. Per lo svolgimento dei suoi compiti, al fine di assicurare il concorso delle parti sociali nella determinazione delle politiche e delle scelte di programmazione, di indirizzo, controllo e vigilanza, il Coordinamento si avvale dell'apporto della Consulta regionale per i problemi della disabilità .

Il CAUD per i soggetti disabili deve essere attivato in ciascun ambito distrettuale, all'interno del punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, (PUA) che il decreto del Commissario ad acta n. 18/2008 ha indicato tra le priorità da realizzare in ogni distretto sociosanitario, quale elemento qualificante per integrare le attività sanitarie e sociali. Successivamente, il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta U0111/2010 ha previsto la progressiva organizzazione del PUA mentre pochi mesi dopo, la DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo", ha indicato procedure e strumenti per lo svolgimento delle attività all'interno del PUA, stabilendo che i distretti socio sanitari indichino nei PdZ l'avvenuta attivazione di concreti percorsi per la realizzazione o l'adeguamento del PUA secondo le linee di indirizzo approvate col medesimo provvedimento e tramite la definizione di protocolli di Intesa fra Aziende USL e Municipi/Comuni, rendendo effettiva la programmazione congiunta delle attività sociosanitarie da parte delle ASL e degli enti locali.

Il PUA non deve essere considerato necessariamente un luogo fisico, ma una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi. Il PUA, in funzione dell'organizzazione degli specifici territori, può avvalersi anche degli "sportelli distrettuali o dei Segretariati Sociali presenti nei Comuni. Quindi, tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (Segretariati sociali, Consultori familiari, ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni di PUA, possono svolgere funzioni di front office informando sulle prestazioni erogabili, sulle modalità

e i tempi di accesso; sarà compito del servizio, una volta avvenuto il contatto con l'utente, decodificare la sua richiesta per identificare il bisogno in maniera quanto più realistica possibile e per trovare la soluzione più adatta.

L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE

Per quanto riguarda gli operatori e le strutture nelle quali vengono erogati i servizi, il sistema di autorizzazione ed accreditamento nel settore sociale è stato introdotto dalla L. 328/2000 per favorire un'offerta omogenea e aderente a determinati standard. Nel riparto delle competenze voluto dalla L. 328/2000, allo Stato è riservato il compito di definire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per autorizzare l'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per le comunità di tipo familiare pubbliche e private, mentre ad ogni Regione compete stabilire i criteri per l'autorizzazione sulla base dei requisiti minimi fissati a livello nazionale (art. 11, L. 328/2000); ai Comuni spetta invece concedere l'autorizzazione per l'esercizio dell'attività, previa verifica della presenza dei requisiti minimi strutturali, indicati a livello nazionale con il DM 308/2001.

Il DM 308/2001, nel definire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, differenzia quelli "comuni" da quelli "specifici". I requisiti comuni prevedono la presenza di un coordinatore responsabile della struttura e di figure professionali sociali e sanitarie qualificate, in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, nonché l'adozione di un registro degli ospiti e la predisposizione per gli stessi di un piano individualizzato di assistenza, che indichi gli obiettivi, i contenuti, le modalità dell'intervento ed il piano delle verifiche. I requisiti specifici, invece, variano in base alla tipologia di struttura, ovvero in base all'intensità assistenziale ed alla complessità organizzativa.

A livello regionale, la LR 41/2003 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali" ha dato attuazione a quanto previsto dall'art. 11 della L. 328/2000. La legge regionale, al fine ultimo di garantire nel territorio regionale i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni dei servizi alla persona, individua: l'oggetto, le finalità ed i destinatari dei servizi socio-assistenziali prestati nelle strutture; le tipologie generali delle strutture a ciclo residenziale (di tipo familiare, di tipo comunitario, a prevalente accoglienza alberghiera), differenziandole poi per tipologia d'utenza (minori, disabili, anziani, persone con problematiche psico-sociali, ecc.) ed in particolare donne in gra-

vidanza anche con figli minori nonché donne vittime di violenza fisica o psicologica; le diverse tipologie di strutture che erogano servizi semiresidenziali e i requisiti minimi per l'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture. Inoltre la legge detta disposizioni sulla vigilanza alle strutture ed ai servizi, che viene esercitata dai Comuni anche attraverso l'esercizio del potere di sospensione o revoca dell'autorizzazione (determinando anche le sanzioni amministrative da applicare in caso di esercizio dell'attività senza autorizzazione e nel caso di sospensione dell'erogazione dei servizi) e sulla realizzazione del sistema informativo regionale per avere un quadro conoscitivo certo e costantemente aggiornato sull'offerta di strutture e servizi operanti nel territorio regionale al fine della programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali.

L'INSERIMENTO LAVORATIVO

Il collocamento mirato, vale a dire l'insieme delle politiche, dei servizi e degli strumenti attraverso i quali, assicurare la fruibilità del diritto al lavoro per le persone diversamente abili, è regolato dalla L. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

La Regione Lazio, nella LR 19/2003 che detta la normativa in tema diritto al lavoro delle persone disabili così come definite all'art. 1 della L. 68/1999, si è impegnata a favorire la permanenza, l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili attraverso adeguati servizi di sostegno e di collocamento mirato e a riconoscere e valorizzare il ruolo, di rilevanza sociale, delle associazioni regionali di tutela delle categorie dei disabili (LR 19/2003, art. 1, c. 1 e 2).

Per tali finalità, la Regione approva con cadenza triennale il programma operativo per il diritto al lavoro delle persone disabili; in esso vengono definite: le azioni e misure da sostenere ed incentivare nell'ambito degli interventi; la natura, l'ammontare, le modalità e i criteri di concessione delle risorse da destinare al finanziamento degli interventi, nel rispetto della normativa comunitaria concernente gli aiuti di Stato; i soggetti attuatori e beneficiari degli interventi.

La legge ha previsto, inoltre, l'istituzione del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili, destinato al finanziamento degli interventi (art. 14 della L. 68/1999). Le risorse del fondo sono alimentate da risorse stanziare dalla Regione Lazio, dai proventi derivanti dai contributi esonerativi e dalle sanzioni amministrative (art. 5, art. 14 c. 3 e art. 15 della L. 68/1999) e dai contributi di fondazioni, enti e soggetti comunque interessati. Per la gestione

del fondo è stato appositamente istituito il Comitato per la gestione del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili (LR 19/2003, art. 5, c. 1-3).

L'attuazione degli interventi è demandata alle Province che ai sensi dell'art. 7, c. 1 della LR 19/2003, organizzano il servizio di collocamento obbligatorio delle persone disabili, in stretto raccordo con i servizi sociali, educativi e formativi e sanitari (sono le ASL ad assicurare il servizio di accertamento delle condizioni di disabilità).

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO REGIONALE: FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Per quanto riguarda il finanziamento degli interventi, oltre ai fondi nazionali, con la LR 20/2006 la Regione Lazio ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza per attuare servizi rivolti anziani, disabili e giovani in età evolutiva. La LR 20/2006 quindi, senza ricorrere né alla definizione di handicap né a quella di disabilità, all'art. 2 considera, "non autosufficiente" la persona che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri soggetti. Il comma 2 del medesimo articolo stabilisce che l'individuazione dei soggetti non autosufficienti destinatari degli interventi e dei servizi finanziati con il fondo per la non autosufficienza, viene effettuata dalle strutture territoriali competenti, sulla base dei criteri e secondo le modalità previsti per le valutazioni finalizzate all'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle residenze sanitarie assistenziali (i criteri e le modalità di valutazione delle condizioni di non autosufficienza della persona anziana o disabile sono indicate nella DCR 1020/1989 recante "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n. 80").

In pratica, la valutazione della condizione di non autosufficienza viene affidata in ogni distretto alle unità valutative territoriali delle ASL competenti anche per la valutazione dei requisiti per l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare e alle RSA. Per ogni assistito viene redatto un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che stabilirà il grado di non autosufficienza, il tipo e l'intensità dell'intervento; la non autosufficienza deve essere quantificata in vista dell'individuazione del grado di intensità assistenziale ed in relazione a tale grado. I soggetti destinatari dei servizi e degli interventi finanziati con la LR 20/2006 si distinguono in:

- soggetti totalmente e permanentemente non autosufficienti, cioè incapaci di provvedere a

sé stessi se non con l'aiuto totale, continuo e permanente di altre persone;

- soggetti temporaneamente non autosufficienti, cioè che versano in uno stato di temporanea, totale o parziale perdita di abilità fisica o psichica, che per recuperare in parte o del tutto la loro funzionalità hanno bisogno di assistenza riabilitativa, intensiva e/o di assistenza medico-infermieristica specifica e di assistenza psico-sociale;
- soggetti parzialmente e permanentemente non autosufficienti, e cioè soggetti che non soffrono di situazione patologiche che compromettano del tutto il livello di autosufficienza (persone con disabilità sensoriale, fisica, mentale, malati cronici), nonché soggetti con autonomia limitata in grado di provvedere a sé stessi anche con l'aiuto discontinuo e parziale di altri.

Tra i soggetti non autosufficienti destinatari degli interventi e dei servizi finanziati con le risorse di cui alla LR 20/2006, sono compresi anche i "cronici non autosufficienti", cioè le persone affette da una malattia che si protrae nel tempo accompagnata da uno squilibrio biologico, psicologico e sociale, che li rende incapaci di provvedere a sé stessi senza l'aiuto di altri ovvero che necessitano di aiuto per soddisfare esigenze che non possono nemmeno manifestare.

IL PIANO DISTRETTUALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Dal punto di vista programmatico, il Piano distrettuale per la non autosufficienza è lo strumento fondamentale attraverso cui i Comuni del distretto, associati tra di loro e d'intesa con la ASL, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari. Gli interventi ed i servizi finanziabili con le risorse del fondo regionale per la non autosufficienza riguardano l'erogazione di prestazioni di natura sociale o socioassistenziale anche a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni. Il fondo non è destinato a coprire oneri di natura sanitaria ma fa riferimento alle "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria", per le quali è attualmente previsto l'impegno degli enti locali, ai sensi dell'art. 3 septies, c. 6, del D.Lgs. 502/1992, mentre le spese di natura sanitaria rimangono di competenza e a carico delle ASL.

In base all'art. 3 della LR 20/2006, sono finanziati con le risorse del fondo:

a) specifici interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosuf-

ficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;

b) servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;

c) dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;

d) assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;

e) interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;

f) programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati;

g) interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione di anziani, disabili e di qualsiasi soggetto che possa definirsi non autosufficiente.

Gli interventi (ad eccezione di quelli indicati alla lettera f) devono essere gestiti dagli enti locali, direttamente o mediante convenzione con organismi del terzo settore, oppure mediante rimborsi di spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati. Gli interventi di cui alla lettera f) vengono realizzati attraverso programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, secondo piani di intervento personalizzati e condivisi con le persone richiedenti e soggetti a verifica dell'efficacia delle prestazioni. In tal caso l'utente è libero di scegliere i propri assistenti personali ed è tenuto a regolarizzare il rapporto con un contratto di lavoro e a fornire all'ente locale competente con scadenza prestabilita, un rendiconto delle spese sostenute. A copertura della spesa all'utente viene erogato un contributo periodico prefissato nel corso dell'anno di svolgimento dell'intervento.

Ogni distretto riceve un contributo in base alla percentuale di popolazione e di disabili presenti sul territorio; i Comuni capofila degli ambiti territoriali (art. 47, c. 1, lett. c) della LR 38/1996) e il Comune

di Roma devono predisporre, entro il 15 novembre dell'anno successivo a quello di erogazione delle risorse, una rendicontazione sui servizi e gli interventi finanziati con le risorse del Fondo all'Assessorato competente della Regione Lazio, pena la mancata erogazione dello stesso nell'anno successivo (LR 20/2006, art. 5, commi 1 e 2).

Le linee guida per l'utilizzazione delle risorse del fondo regionale per la non autosufficienza sono state stabilite dalla Regione Lazio con la DGR 601/2007. Nello specifico, le risorse del fondo per la non autosufficienza vengono ripartite a livello distrettuale in base ai seguenti criteri:

- il 25% in base alla popolazione compresa tra i 65 ed i 75 anni;
- il 35% in base alla popolazione oltre i 75 anni, dove maggiore è l'incidenza di persone non autosufficienti;
- il 20% in base al numero di invalidi civili, ciechi civili e sordi che percepiscono emolumenti economici;
- il 10% in base al numero di minori che percepiscono l'indennità di frequenza o altra indennità analoga;
- il 10% in base al rapporto tra il numero di disabili gravi e gravissimi con indennità di accompagnamento e la popolazione complessiva del distretto.

L'ultimo riparto del fondo si è avuto con Determinazione Dirigenziale B05832/2012 e la cifra che è stata stanziata per Roma è pari a euro 4.889.284,24 su una somma complessiva di 10 milioni di euro.

Inoltre con DGR 155/2012, a seguito delle novità in tema di programmazione introdotte dalle DGR 88/2012 e DGR 120/2012 (che ha quantificato un ammontare complessivo di euro 193.707.374,99 per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali relativo al triennio 2012-2014) è stato approvato il documento "Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale e familiare degli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della legge regionale n. 38/96 periodo 2012-2014".

Le risorse regionali e statali per il finanziamento dei servizi e degli interventi attivati nell'ambito dei PdZ distrettuali; per il 2012 (primo anno del periodo pianificazione) sono pari ad euro 60.474.684,87 e identico stanziamento era stato assegnato per il 2011. Per i disabili è stata stanziata una percentuale pari all'8% delle risorse complessive da distribuire in base al numero delle pensioni di invali-

dità: per Roma Capitale l'assegnazione di fondi per gli utenti disabili è stata pari a euro 2.272.877,39 (l'intera somma per gli interventi di politica sociale familiare per la Capitale è stata di euro 21.776.879,06).

IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI DEL LAZIO (SISS)

In attuazione dell'art. 21 della L. 328/2000, la Regione Lazio ha poi costituito il Sistema Informativo dei Servizi Sociali del Lazio (SISS). Il sistema è stato avviato dalla Regione e da LAIT ex-Laziomatica per assicurare una maggiore conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e per poter disporre tempestivamente di dati e informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali nonché al loro coordinamento con le politiche sanitarie, formative, del lavoro e dell'occupazione. Nel 2012 è stato poi siglato un protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Regione Liguria per la realizzazione del "Sistema informativo nazionale sui servizi sociali per le non autosufficienze – SINA" che prevede la raccolta di informazioni sulle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti (i dati serviranno per costruire una "cartella sociale" personalizzata per ciascun individuo). Operativamente, il progetto che nel Lazio doveva protrarsi per tutto il 2012, è stato articolato in più fasi, prevedendo dapprima la sperimentazione del SINA da parte di personale regionale in un comune pilota e la successiva estensione ad altri dieci comuni. Inoltre, a partire dal 31 luglio 2013, il SISS del Lazio dovrebbe dotarsi di due nuovi strumenti per la pianificazione e la gestione del sistema regionale integrato dei servizi sociali: l'anagrafe dei servizi sociali e la cartella sociale informatizzata. L'anagrafe dei servizi sociali sarà finalizzata alla rilevazione delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della Regione e permetterà una mappatura dettagliata e aggiornata dell'offerta. Destinatari saranno gli operatori, pubblici e privati, e i cittadini. La banca dati raccoglie una serie di informazioni (anagrafica delle strutture e dei servizi, tipologia dell'offerta, informazioni sulla capacità di accoglienza e sugli operatori). I dati saranno forniti direttamente dai Comuni e tutti gli enti territoriali, incluse la Regione, le ASL e i distretti socio-sanitari, potranno utilizzare le informazioni raccolte per la programmazione finanziaria, la pianificazione sociale e il monitoraggio dello stato dei servizi sul territorio.

La cartella sociale informatizzata, invece, registrerà i dati relativi ai cittadini che accedono ai servizi sociali, dalla valutazione dei casi alla presa in carico, fino alla gestione dell'erogazione del servizio e

al suo esito finale. La rete informativa sarà alimentata dai PUA e, dove non ancora presenti, dalle strutture comunali, dalle ASL e dagli altri soggetti che effettuano la presa in carico dei cittadini. Il sistema delle cartelle sociali consentirà di raccogliere i dati sulla domanda sociale e di agevolare lo scambio di informazioni tra area sociale, sanitaria, dell'istruzione e della formazione oltre a permettere una migliore valutazione dell'efficacia degli interventi da parte degli operatori e delle Amministrazioni locali, che avranno uno strumento in più per monitorare la spesa sociale e i carichi di lavoro delle strutture.

GLI ULTIMI AGGIORNAMENTI DELLA NORMATIVA REGIONALE

Ad oggi, la LR 38/1996 non è mai stata aggiornata ma con la DGR 46/2011, che individuava, tra gli obiettivi dell'Assessorato alle Politiche sociali e Famiglia, la predisposizione di un testo di legge per il riordino dei servizi socioassistenziali e socio-sanitari della Regione, è stato avviato il processo di elaborazione di una nuova legge regionale. Tale processo ha avuto un primo risvolto pratico con la DGR 288/2011 che adotta e sottopone all'esame del Consiglio regionale la proposta di legge regionale concernente "Sistema integrato degli interventi, dei servizi e delle prestazioni sociali per la persona e la famiglia nella Regione Lazio". Tale proposta, all'art. 8, stabilisce le azioni in favore delle persone con disabilità elencando gli strumenti e gli interventi tramite i quali porre in essere le politiche in favore delle persone con disabilità:

a) la prevenzione socio-sanitaria, la riabilitazione socio-sanitaria, l'assistenza personale anche indiretta, l'accompagnamento, la mobilità, l'istruzione e l'inserimento lavorativo;

b) i percorsi tendenti all'acquisizione della massima autonomia possibile delle persone con disabilità, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e nel rispetto del diritto alla domiciliarità;

c) l'erogazione di emolumenti economici per favorire l'inserimento sociale delle persone con problemi di disagio psichico assistite dalle competenti strutture delle ASL, di cui al Regolamento regionale 3 febbraio 2000, n. 1 (Regolamento per l'erogazione alle persone con sofferenza psichica delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49) e successive modifiche;

d) l'attivazione di reti di sostegno al momento in cui la persona con disabilità si trovi nell'impossibilità di essere adeguatamente seguita dai familiari, anche attraverso fondazioni di partecipazione;

e) i percorsi e i sostegni tendenti a rimuovere ogni forma di emarginazione sociale e ambientale dei nuclei familiari con disabili a carico;

f) lo sviluppo di strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali e qualsiasi altra modalità idonea a consentire scambi relazionali anche intergenerazionali;

g) la realizzazione di alloggi autonomi rispondenti alle esigenze di autosufficienza, collegati con un servizio di assistenza continua e garantita di carattere sanitario, domestico e sociale;

h) la realizzazione di forme di auto – mutuo-aiuto, di servizi di sollievo e di sostegno per i familiari di persone con disabilità, anche attraverso percorsi di formazione e tutoraggio finalizzati alla crescita nella gestione della persona con disabilità;

i) il superamento delle barriere di comunicazione, di informazione, architettoniche, di mobilità, per favorire l'accesso all'istruzione, al lavoro, ai trasporti, ai servizi culturali, ricreativi e sportivi.

Inoltre il progetto di legge ribadisce tra i compiti della Consulta regionale per i problemi della disabilità di cui alla LR 36/2003, quello della promozione della partecipazione attiva delle persone con disabilità alla vita della collettività e alla programmazione degli interventi in loro favore.

In tema di livelli essenziali delle prestazioni sociali, ora denominati "LEPS", la proposta di legge attribuisce alla Regione, mediante il piano regionale della rete sociale regionale (descritto all'articolo 49) in base al fabbisogno rilevato ed in relazione alle risorse disponibili, il compito di definire le tipologie dei servizi, degli interventi e delle prestazioni che costituiscono i LEPS, da assicurare in modo omogeneo su tutto il territorio regionale nonché le eventuali prestazioni aggiuntive.

2.3 La regolamentazione locale

Roma Capitale, all'art. 2 c. 11 del proprio Statuto (DAC 8/2013), garantisce il pieno rispetto dei diritti disabili, stabilendo che conformandosi ai contenuti della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, l'Amministrazione garantisce la tutela dei loro diritti e promuove il rispetto della loro dignità, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, l'indipendenza, la non discriminazione, la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società e tutela, altresì, il diritto dei cittadini disabili alle pari opportunità, l'accessibilità e alla mobilità.

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, 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.

Ai sensi dell'art. 26 (punto 9) dello Statuto di Roma Capitale e in base all'art. 62 (Servizi Sociali) del regolamento del decentramento amministrativo (DCC 10/1999), i Municipi gestiscono i servizi sociali e di assistenza sociale e gli stessi sono competenti con riferimento ad utenti affetti da disabilità in materia di: erogazione di contributi e rimborsi ad invalidi del lavoro che usufruiscono di soggiorni climatici e termali, ovvero organizzazione e gestione degli stessi; assistenza domiciliare e di sostegno alla famiglia per i portatori di handicap nell'ambito delle attività proprie di questa modalità di intervento; istruttoria (come valutazione integrata con i distretti della ASL e come esame delle richieste di contributo) per l'ammissione ai servizi residenziali e semiresidenziali.

Ai Municipi è quindi richiesto di attivare, in via prioritaria ed anche avvalendosi della stipula di appositi protocolli di intesa, "tutte le modalità di integrazione possibili con i servizi sanitari territoriali", come previsto dalle norme di carattere nazionale e regionale, e dall'art. 7 della L. 104/92 per quanto attiene l'obbligatorietà dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari per portatori di handicap. Inoltre, per la gestione dei servizi, i Municipi possono stipulare apposite convenzioni con soggetti privati attenendosi, ove previsto, a schemi tipo di convenzione predisposti dall'Amministrazione comunale.

A Roma la prima programmazione del sistema dei servizi sociali era stata avviata nel 2001, sulla base delle indicazioni della L. 328/2000 ed ha portato allo schema del Piano Regolatore Sociale, elaborato tenendo conto delle DGR 860/2001 e della DGR 47/2002, nonché delle Linee di indirizzo emanate dal Consiglio comunale con DCC 94/2002. Lo schema del Piano deliberato dalla Giunta comunale nel 2002 e riferito al triennio 2002-2004, è stato successivamente approvato, con emendamenti, dal Consiglio Comunale con DCC 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 ha portato, nel corso del 2002,

nell'approvazione dei Piani di zona in ciascuno dei 19 Municipi romani.

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". 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 2002-2004 ad oggi non è stato ancora aggiornato dall'Assemblea capitolina, anche se nel 2009, sulla base delle indicazioni contenute nel Documento di Programmazione Finanziaria 2009-2011 (DCC 66/2008) è stato quanto meno avviato il processo.

Operativamente per guidare la stesura del nuovo piano è stato costituito un Nucleo Direzionale, (composto dall'Assessore, dal Direttore del Dip. PPSS e da tre esperti esterni) a cui si è affiancata una Commissione di Piano, composta da esperti esterni che ha selezionato e coordinato i gruppi di lavoro che, per ogni area tematica, hanno raccolto e sistematizzato 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. I cinque Gruppi individuati hanno lavorato intorno ai seguenti temi: povertà, disagio ed emergenze sociali; immigrati e richiedenti asilo; salute, disabilità e disagio psichico; famiglie e minori; persone anziane.

Successivamente, con DAC 29/2010, l'Assemblea Capitolina ha dettato gli indirizzi per la predisposizione del nuovo Piano Regolatore Sociale delineandone i contenuti di massima. Il nuovo Piano Regolatore Sociale, di durata quinquennale ma con aggiornamento annuale a partire dal terzo anno, dovrà porre attenzione all'evoluzione dei bisogni dei cittadini e permettendo dove necessario interventi correttivi per rispondere efficacemente al mutamento dei problemi sociali anche tramite la sperimentazione, inserendo interventi o modalità di erogazione dei servizi di tipo innovativo che possano valorizzare il ruolo della famiglia e del terzo settore. La programmazione sociale cittadina dovrà tener presente i piani municipali e coordinarsi con essi in modo da assicurare condizioni uniformi di accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali ed indicare chiaramente i livelli essenziali dei servizi e delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio di Roma Capitale, sempre compatibilmente con le risorse economiche disponibili. Al fine di monitorare i bisogni sociali e disporre tempestiva-

mente di dati ed informazioni indispensabili alla valutazione delle politiche sociali, l'Assemblea auspica la realizzazione di un Sistema Informativo dei servizi sociali (già presente a livello regionale); tale sistema informativo dovrà essere di competenza diretta dei Municipi e dei locali Assessorati alle Politiche Sociali, previa la predisposizione di strumenti informatici da parte dell'Assessorato Comunale alle Politiche Sociali che dovrà occuparsi di coordinare e gestire il sistema stesso.

I PIANI MUNICIPALI

Il Piano Sociale Municipale (PSM) è un documento programmatico dei servizi e degli interventi del territorio che descrive l'insieme complessivo dell'offerta di servizi e degli interventi sociali esistente o da implementare nel Municipio.

A prescindere dalle fonti di finanziamento, il PSM contiene la programmazione non solo dei servizi e degli interventi promossi dal Municipio 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 PSM 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. Gli ultimi piani municipali approvati si riferiscono al periodo 2011-2015.

GLI INDIRIZZI GENERALI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DIRETTI ALLE PERSONE DISABILI

Al fine di dirigere l'azione amministrativa nel campo dei servizi socio assistenziali da erogare alle persone diversamente abili, nel 2001 con la DCC 137/2001 sono stati dettati gli indirizzi generali per la realizzazione di interventi diretti alle persone disabili e ribadito l'impegno dell'Amministrazione affinché siano coordinati e omogeneizzati i servizi e gli interventi offerti ai disabili nelle varie Municipalità.

Dando seguito a quanto richiesto dalla L. 328/2000, la citata delibera individua nello strumento legislativo degli "accordi di programma", la modalità operativa per perseguire la piena integrazione degli interventi socio/assistenziali con quelli di abilitazione/riabilitazione dei servizi sanitari e, ove necessario, con quelli educativi e/o formativi e di inserimento lavorativo, demandando ad

un'équipe pluridisciplinare delle ASL, che operi in stretta integrazione con l'équipe socio-psicopedagogica dei Municipi romani, la presa in carico dei disabili adulti e la predisposizione dei programmi individualizzati di cui all'art. 14 della L. 328/2000.

Il contenuto dell'azione degli organi amministrativi viene indirizzato verso diversi campi d'intervento che, ancora oggi, rispecchiano i maggiori ambiti d'intervento da parte dell'Amministrazione:

- l'integrazione scolastica, in base agli indirizzi forniti con la DCC 137/2001 che chiedono di intervenire per potenziare i servizi di sostegno all'integrazione scolastica, in particolare il trasporto e l'assistenza di base, e di garantire il diritto allo studio dei cittadini disabili sia con figure professionali quali insegnanti di sostegno, assistenti educativi culturali (AEC) e operatori socio sanitari, sia con la predisposizione (in accordo con le ASL) di strumentazioni tecniche informatiche atte a facilitare l'apprendimento scolastico delle persone con disabilità fisica, psichica o sensoriale. Al termine della scuola dell'obbligo, si chiede poi che vengano attuati programmi personali di uscita dalla scuola dell'obbligo, suggerendo e sostenendo il successivo inserimento in corsi di formazione professionale o la prosecuzione degli studi;
- i servizi di assistenza domiciliare alla persona (SAISH);
- i centri diurni socio-educativi e le attività di abilitazione/riabilitazione, con l'obiettivo finale di garantire il funzionamento di almeno un centro diurno e di un laboratorio espressivo, in ogni Municipio;
- i servizi di residenzialità, con l'incremento dell'intervento e rivalutazione, in base all'aumento del costo della vita e di quello del lavoro, delle rette previste oggi per il progetto residenzialità (una analoga procedura di rivalutazione basata sugli indici Istat dovrà essere seguita per i finanziamenti degli interventi previsti nei precedenti punti);
- l'integrazione lavorativa, da sviluppare tramite iniziative finalizzate alla congiunzione del processo formativo scolastico con quello della formazione professionale (programmi congiunti con il servizio di formazione professionale comunale e di terzo settore collegati al progetto dell'uscita programmata dalla scuola dell'obbligo) e progetti per l'inserimento lavorativo (attività formative, tirocini, sostegno alle imprese sociali, anche attraverso commesse di

lavoro riservate a cooperative sociali Integrate) per incentivare l'inserimento lavorativo dei disabili gravi che altrimenti difficilmente troverebbero sbocco nel mondo del lavoro);

- la mobilità e l'eliminazione barriere architettoniche;
- i progetti culturali e sportivi per l'integrazione sociale dei disabili;
- il sostegno a iniziative del volontariato e dell'associazionismo e del privato sociale nella realizzazione di progetti rivolti alla piena integrazione sociale dei disabili.

Tra la fine del 2012 e i primi mesi del 2013, Roma Capitale ha dato definitiva attuazione alla riforma sia dei servizi per la mobilità, intervenuta, da ultimo con DGCa 37/2013 come integrata dalla DD 921/2013, sia dell'assistenza domiciliare ai cittadini disabili, quest'ultima riformata con DGCa 355/2012.

I dettagli di tali interventi di modifica delle condizioni di accesso ed erogazione dei due servizi appena ricordati verranno descritti successivamente all'interno dei rispettivi capitoli.

3 I servizi e le strutture socio-assistenziali per disabili nel Lazio

Prima di analizzare l'organizzazione dei servizi alla persona disabile a Roma, è utile riassumere i contenuti della tassonomia dei servizi e delle strutture socio-assistenziali elaborata dalla Direzione politiche sociali e integrazione della Regione Lazio, che offre un quadro riassuntivo dei servizi attivi per le persone disabili anche alla base delle rilevazioni del SISS.

I SERVIZI RESIDENZIALI PER ADULTI CON DISABILITÀ

Per quanto riguarda i servizi residenziali per adulti con disabilità, la LR 41/2003 così come integrata dalla DGR 1305/2004 descrive le seguenti tipologie di strutture: la casa famiglia per adulti con disabilità e la comunità alloggio per adulti con disabilità. La casa famiglia offre un sostegno a persone adulte con disabilità attraverso un'esperienza di vita simile a quella esistente in ambito familiare in cui viene assicurato il soddisfacimento dei bisogni primari ed assistenziali, nonché erogati interventi di mantenimento e/o di sviluppo di specifiche abilità individuali per lo svolgimento autonomo delle attività della vita quotidiana. Nella struttura, che dispone di un massimo di 8 posti, è previsto rapporto non inferiore a 1 operatore socio-sanitario ogni 4 ospiti, ad ogni turno di lavoro, 1 educatore professionale, 1 responsabile e 1 assistente sociale. La comunità alloggio è una struttura a carattere comunitario per adulti con disabilità in cui vengono assicurate prestazioni alberghiere (alloggio, vitto, assistenza notturna e diurna), azioni di sostegno per lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, nonché, a livello di gruppo, azioni ricreative e di laboratorio formativo, prestazioni sani-

tarie concordate e programmate con i servizi territoriali. La gestione della struttura e l'organizzazione delle attività si basano sulla partecipazione attiva degli ospiti alla vita comunitaria e sul loro coinvolgimento nel lavoro di gruppo. La struttura può disporre di un numero di posti da un minimo di 7 a un massimo di 20 ed è prevista la presenza di almeno 1 operatore socio-assistenziale ogni 5 ospiti ad ogni turno di lavoro, 1 responsabile, 1 educatore professionale ogni modulo e 1 assistente sociale con presenza programmata.

Ad esse l'art. 5 della LR 2/2009 ha aggiunto la comunità alloggio – gruppo appartamento per adulti con disabilità. Tale struttura, parzialmente autogestita e con limitata capacità ricettiva, è caratterizzata da una bassa intensità assistenziale, ed è destinata a soggetti maggiorenni in situazioni di disabilità fisica, intellettiva e sensoriale, che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.

LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALE PER ADULTI CON DISABILITÀ

Le strutture semiresidenziali per adulti con disabilità (sempre individuate dalla LR 41/2003 poi integrata dalla DGR 1305/2004) offrono invece un'ospitalità di tipo diurno finalizzata all'inclusione sociale delle persone con disabilità e al sostegno alla famiglia, proponendosi come alternativa all'istituzionalizzazione della persona disabile. Nella struttura, che dispone di 30 posti per adulti con disabilità organizzati in gruppi da 6 ospiti, è prevista la presenza di 2 operatori socio-sanitari, 1 responsabile, 1 educatore professionale ogni 3 utenti

oltre ad esperti per le attività ricreative. Essa deve essere attiva 7 ore giornaliere per almeno 5 giorni alla settimana per non meno di 10 mesi l'anno.

I SERVIZI PER LA DOMICILIARIETÀ

Oltre all'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali, sono previsti servizi per la domiciliarità che consistono in interventi a favore della permanenza del disabile nel nucleo familiare. Tra di essi rientrano: il servizio di telesoccorso e teleassistenza e l'assistenza domiciliare diretta e indiretta.

Il servizio di telesoccorso e teleassistenza (art. 30 LR 38/1996 e LR 30/2008) è rivolto a favore di persone non autosufficienti o inabili, che vivono isolate, quale sistema integrativo di assistenza domiciliare e di controllo.

L'assistenza domiciliare rientra tra i servizi di assistenza a domicilio ed è costituita da un insieme di prestazioni rese presso la propria abitazione a persone anziane e persone con disabilità (anche minori), in condizioni di parziale o totale, permanente o temporanea non autosufficienza, nonché ai nuclei familiari con componenti a rischio di emarginazione, con particolare riguardo a soggetti in età evolutiva.

Le prestazioni socio-assistenziali erogate con l'assistenza domiciliare consistono prevalentemente nelle attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo; può essere offerto anche un servizio di assistenza leggera volto a fornire a domicilio degli adulti con disabilità, compagnia, accompagnamento e disbrigo di piccole pratiche quotidiane (inclusi pasti a domicilio).

Per i disabili, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale si integra con quella sanitaria e le attività domiciliari sanitarie sono svolte dalle ASL in relazione ai bisogni specifici degli utenti, preferibilmente in forma integrata con i servizi sociali di competenza dei comuni, e fermo restando che possono gravare sulle ASL esclusivamente le spese di natura strettamente sanitaria, mentre dovranno gravare sui comuni le spese di natura socio-assistenziale.

I SERVIZI DI ASSISTENZA ECONOMICA

Tra i servizi di assistenza economica rientrano invece l'assistenza domiciliare indiretta che si sostanzia in contributi economici finalizzati alla copertura delle spese sostenute da parte dell'utente stesso per servizi di assistenza domiciliare, la copertura dei costi per la fruizione di strutture e servizi, e il trasporto sociale al fine di consentire gli

spostamenti di persone a ridotta mobilità non in grado di utilizzare i normali servizi pubblici di trasporto.

Tra i servizi per l'integrazione dei disabili nel mondo lavorativo e nelle attività sociali vanno ricordati i servizi di formazione, orientamento, inserimento e integrazione lavorativa, i servizi di vacanza per adulti con disabilità e i servizi di socializzazione per lo svolgimento di attività ricreative, culturali, educative, sportive e di socializzazione. Spesso tali attività vengono svolte in strutture apposite: i centri diurni per persone con disabilità (di cui all'art. 1 e 4 della LR 41/2003 e al paragrafo I.B.4.4.b della DGR 1304/2004). Il servizio, svolto in locali la cui superficie complessiva non può essere inferiore a 2,5 metri quadri per utente, offre partecipazione alle varie attività ed alla vita di gruppo alle persone adulte con disabilità ed un sostegno alle loro famiglie nel loro compito di accudimento. L'accoglienza di utenti di età inferiore alla fascia dell'obbligo scolastico è possibile solo se il loro progetto di assistenza ne prevede l'opportunità e comunque non sono accolti ragazzi di età inferiore ai 14 anni. I gruppi sono organizzati in laboratori composti al massimo da 10 utenti ed è prevista la presenza di 1 responsabile e di 1 educatore professionale in ogni laboratorio attivato. La presenza degli operatori socio-sanitari è stabilita anche in base alle indicazioni preventivamente espresse dalla ASL e comunque in numero almeno di 2 operatori per ogni laboratorio.

Oltre ai servizi appena ricordati, è inoltre possibile l'affidamento e l'inserimento di disabili presso persone e nuclei familiari (ai sensi dell'art. 8, c. 1, lett. h della L. 104/1992).

Infine, per quanto riguarda i minori, è prevista l'integrazione scolastica per alunni disabili che si sostanzia in attività (diverse da quelle finanziate dalla LR 29/1992 che indica le norme per l'attuazione del diritto allo studio) volte ad assicurare il diritto all'educazione e all'istruzione ad alunni disabili attraverso l'assistenza specialistica, sia all'interno che all'esterno della scuola, fornita da personale qualificato (quali ad esempio gli educatori professionali e gli assistenti educativi) e i servizi di trasporto.

Prima di passare ad analizzare lo stato dei servizi erogati da Roma Capitale, si ritiene utile richiamare alcuni dati presenti nel "Secondo rapporto sui servizi sociali" elaborato dalla Regione Lazio nel 2010. Il rapporto è basato su interviste e questionari rilasciati da "testimoni privilegiati", intesi come operatori dei servizi sociali e di organismi del sociale, esperti, volontari ecc. e altre figure che hanno esperienza e/o conoscenza dei bisogni sociali

espressi del territorio; l'indagine ha riguardato un campione complessivo di 825 testimoni privilegiati, vale a dire 15 testimoni privilegiati per ciascuno dei 55 distretti/Municipi, ai quali sono stati somministrati questionari riguardanti cinque tipologie di persone: minori, anziani, persone con dipendenze, disabili e immigrati. Per i disabili è emersa un'offerta di servizi sostanzialmente incapace di rispondere alla domanda. Secondo i dati riportati nell'indagine, globalmente la rete dei servizi per gli adulti con disabilità ha riguardato 2.858 utenti nel 2009 (con un incremento inferiore al 2% rispetto al 2007). L'offerta è apparsa però affetta da una sistemica carenza di posti nelle strutture di accoglienza (i servizi hanno invece conosciuto una dinamica espansiva anche se molto contenuta) con

la conseguenza che a colmare il gap tra domanda e offerta era (ed è ancora) soprattutto la famiglia che, per i disabili, svolge il ruolo di supplenza verso l'insufficiente offerta di servizi sociali. Nel rapporto con i servizi le problematiche principali emerse riguardano l'attesa eccessiva per le prestazioni e i servizi, la presenza di barriere architettoniche e ancora la mancanza o poca chiarezza delle informazioni su servizi e strutture alle quali rivolgersi. Riguardo alle strutture e ai servizi da attivare, l'assistenza domiciliare è risultata, sia a Roma che nelle altre Province, il servizio da attivare in via prioritaria, seguito dal trasporto sociale e dai servizi di pronto intervento sociale.

4 Il sistema dei servizi alla persona disabile di Roma Capitale

4.1 Il sistema cittadino dei servizi sociali

Le prestazioni sociali, erogate da Roma Capitale 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 e in particolar modo a coloro ai quali è riconosciuta la condizione di handicap o disabilità. E' infatti la stessa L. 328/2000 che all'art. 14 indica il servizio sociale comunale quale soggetto deputato, su richiesta della persona disabile o della sua famiglia, alla predisposizione formale del progetto di vita o progetto individualizzato della persona con disabilità.

Dal punto di vista territoriale, 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; a livello cittadino, quindi direttamente da parte del Dip. PPSS, 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 nell'erogazione dei servizi all'intero sistema cittadino.

Per garantire l'informazione ed agevolare l'accesso ai servizi, in ogni Municipio, secondo quanto previsto dalla L. 328/2000 (art. 22) e dal primo Piano Regolatore Sociale, è stato istituito ed è attualmente operativo 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; gli operatori del servizio sono in genere assistenti sociali, personale amministrativo opportunamente formato, operatori di sportello con varie professionalità che nello svolgimento del loro lavoro 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 e, in questo caso, il servizio è svolto principalmente da assistenti sociali e da istruttori amministrativi (solo in alcuni Municipi sono operativi educatori e psicologi), altrimenti è affidato in convenzione a organismi del terzo settore. L'accesso al servizio, diretto e/o telefonico durante gli orari d'apertura, non richiede appuntamento o particolari procedure. I principali compiti realizzati da tali strutture che si rivolgono alla generalità degli utenti possono essere schematizzate nella lista seguente:

- informazione e orientamento ai cittadini sulle diverse opportunità disponibili nel territorio, sulla base delle specifiche richieste e dei bisogni espressi;
- 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.

Di seguito si è cercato di ricostruire il quadro dei servizi e degli interventi promossi dall'Amministrazione capitolina a tutela della salute e di promozione e sostegno alla cura delle persone con una disabilità che comprendono una serie di misure e servizi erogati da più soggetti tra loro integrati e coordinati dal Dip. PPSS. Alcuni di questi servizi hanno rilevanza cittadina e vengono gestiti a livello centrale, altri sono sviluppati a livello municipale.

In questo settore la componente sanitaria e quindi il ruolo delle ASL si integra con quello del Dip. PPSS, dei Municipi, della Provincia, e degli organismi del terzo settore (per lo più le cooperative sociali di tipo "B"). Infatti, bisogna tener presente che per la categoria dei soggetti disabili, le aree di competenza tra assistenza sanitaria prestata dalle ASL e assistenza sociale erogata dall'ente locale tendono a sovrapporsi e presso le ASL di Roma Capitale sono già attivi i servizi che riguardano la tutela della salute mentale e riabilitazione sia per i soggetti in età evolutiva sia per i disabili adulti.

Orientativamente, le attività delle ASL che hanno una forte componente socio-sanitaria e sono realizzate soprattutto a livello di distretto (coincidente territorialmente con il Municipio); esse possono essere sia di tipo medico terapeutico quali diagnosi e trattamento di disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici, di sviluppo neuromotorio e del linguaggio; terapie riabilitative (logoterapia, rieducazione neuromotoria), psicoterapia individuale e familiare etc., sia di tipo più certificatorio e amministrativo, ad esempio interventi e certificazioni per minori disabili (0 -18), consulenza alle scuole: certificazioni per il sostegno scolastico e per richiesta AEC, attività di screening e interventi di educazione alla salute, collaborazione con il Tribunale per i minorenni e con quello Ordinario secondo specifici protocolli di intesa. Per il disagio mentale gli interventi hanno in ogni ASL una struttura dipartimentale, il Dipartimento di Salute mentale, articolato in Unità Operative Territoriali come i centri di salute mentale, i

centri diurni, le comunità terapeutiche e le residenze socio-sanitarie.

Tra gli stessi servizi erogati dalle ASL ci sono interventi di competenza sociale che vengono erogati in regime di convenzione con i servizi sociali del Municipio e il Dip. PPSS, che concorrono anche finanziariamente a sostenere gli interventi, quali:

- il servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile;
- i progetti di residenzialità (ad esempio le case famiglia);
- i soggiorni estivi;
- l'integrazione con i centri di riabilitazione diurni e a tempo pieno.

Parallelamente l'Amministrazione ha avviato nel tempo alcuni servizi sociali (che spesso hanno caratteristiche di integrazione con il sanitario):

- servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona disabile (SAISH);
- assistenza scolastica a studenti con disabilità;
- centri diurni socio-sanitari per disabili;
- case famiglia per disabili;
- tirocini e/o borse lavoro;
- commesse di lavoro a cooperative integrate;
- soggiorni estivi e invernali;
- mobilità;
- osservatorio per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- laboratori teatrali;
- progetti speciali;
- centri diurni socio-sanitari per cittadini con disagio mentale;
- residenzialità per cittadini con disagio mentale;
- attività sportive-culturali.

Gli interventi di competenza del Dip. PPSS consistono nell'erogazione di prestazioni socio assistenziali che riguardano prevalentemente le attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché di interventi di tipo sociale ed educativo; essi possono essere suddivisi in 5 categorie:

- case famiglia e residenze socio-sanitarie;
- centri diurni;
- mobilità;
- progetti di inserimento lavorativo, finalizzati al mantenimento delle abilità;

- progetti speciali e culturali che favoriscano l'integrazione delle persone affette da disabilità.

Per quanto riguarda i Municipi, gestiscono direttamente i centri diurni socio assistenziali e le diverse tipologie di SAISH oltre ad attivare, su propria iniziativa progetti specifici.

4.2 I servizi residenziali e semiresidenziali

Come ricordato, la LR 41/2003 ha individuato le tipologie e le principali caratteristiche di cui devono essere dotate le strutture residenziali e semiresidenziali che offrono prestazioni di tipo socio assistenziale, e rimesso ai Comuni la competenza nel rilasciare le autorizzazioni all'apertura e al funzionamento e le relative funzioni di vigilanza e di eventuale applicazione delle sanzioni.

LE CASE FAMIGLIA E LE RESIDENZE SANITARIE PROTETTE

Roma Capitale gestisce le strutture di tipo residenziale tramite il "Progetto Residenzialità", attivato dal Dip. PPSS (DGC 4373/1995 e successive modificazioni, da ultimo la DGC 673/1998), per offrire una soluzione alternativa al ricovero in istituti, in tutti quei casi in cui il distacco dal nucleo familiare d'origine non può avvenire in modo autonomo. Il servizio è rivolto a disabili adulti con disabilità fisiche, psichiche e/o sensoriali, che abbiano diversi gradi di autonomia e autosufficienza, ma che non necessitino di assistenza sanitaria (medica o terapeutica) di tipo continuativo, non abbiano superato l'età pensionabile e siano residenti nel Comune di Roma. Le tipologie di strutture residenziali previste nell'ambito del progetto di residenzialità per le persone handicappate dalla DGC 673/1998 sono le comunità alloggio e le residenze sanitarie protette (RSA)⁷.

La comunità alloggio è una struttura residenziale avente la tipologia edilizia della casa di civile abitazione a cui si ricorre quando sia impraticabile o improponibile l'ambiente familiare di appartenenza e non sia necessario il ricorso a soluzioni residenziali particolarmente protette; gli utenti, pur se disabili, devono possedere una discreta o parzialmente autonomia e autosufficienza. La capacità ricettiva massima delle strutture è di 8 ospiti stabili e deve essere articolata in camere singole o doppie e dotate di servizi igienici in numero minimo di 1 ogni due camere, di una zona soggiorno, una zona pranzo e un locale cucina. Qualora sia prevista la presenza di ospiti in carrozzina, i servizi igienici dovranno essere proporzionalmente adeguati a norma della L. 13/1989. Le residenze protette sono invece definite come strutture residen-

ziali, ad alta intensità assistenziale, per handicappati non autosufficienti e/o non autonomi che non necessitano di assistenza sanitaria di tipo continuativo. Ai sensi della LR 41/2003 le strutture gestite dal Dipartimento, per lo più tramite convenzione con le ASL e in alcuni casi tramite convenzione con operatori del terzo settore (che hanno già provveduto all'accreditamento sia a livello centrale che municipale), rientrano nella tipologie delle "case-famiglia"; per altro, in sede di definizione dei nuovi piani municipali per gli anni 2011-2015 molti Municipi hanno inserito tra i propri obiettivi l'implementazione di "comunità alloggio-gruppo appartamento per adulti con disabilità" tipologia introdotta dalla LR 2/2009.

Le attività previste all'interno delle strutture privilegiano interventi di tipo socio-educativo e relazionale mentre eventuali prestazioni di carattere sanitario sono demandate alla competenza delle ASL territoriali di riferimento. Il progetto di residenzialità è infatti realizzato in stretta collaborazione con le ASL, che effettuano una prima valutazione delle richieste di residenzialità inoltrate dai cittadini destinatari del progetto e partecipano alla stesura dei progetti personalizzati previsti per ogni ospite inserito in struttura.

La richiesta di accesso al servizio può essere inoltrata sia alla ASL di residenza del disabile, sia alla U.O. Disabilità e Disagio Mentale del Dip. PPSS. L'ammissione nelle strutture, previo inserimento in lista di attesa, avviene sulla base di una valutazione, effettuata in accordo con il servizio ASL e formalizzata in una relazione socio-sanitaria a cui viene attribuito un punteggio in relazione ai seguenti requisiti: assenza parziale o totale dei genitori, anzianità e malattie gravi dei genitori, gravi situazioni sociali, ambientali e/o relazionali familiari, totale mancanza di servizi, condizioni economiche. L'ammissione tiene conto non solo del punteggio ma anche delle caratteristiche della persona in relazione a quelle del gruppo di ospiti già presenti nelle strutture.

A copertura dei costi, è previsto che i cittadini titolari di un reddito partecipino alla retta nella misura del 70% del proprio reddito, fermo restando la conservazione della quota corrispondente all'importo dell'assegno sociale. Inoltre i beneficiari per legge di assegno di accompagnamento, sono tenuti a corrispondere l'intera quota di detto assegno.

Sempre nell'ambito del progetto "residenzialità per cittadini disabili", Roma Capitale si è dotata di uno strumento di valutazione del servizio, denominato Modello Attivo di Valutazione delle Strutture (M.A.V.S.), che permette di valutare sia la qualità percepita tramite la rilevazione della soddisfazione del servizio, sia la qualità del servizio reso tramite monitoraggio delle aree ritenute più significative

⁷ Si ricorda che tali previsioni sono precedenti alla LR 41/2003 che ha riformato il sistema di accreditamento e autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali nel Lazio.

per la valutazione dell'offerta: la struttura, le risorse umane, il coordinamento e la programmazione, il coinvolgimento degli ospiti e l'organizzazione delle attività.

I CENTRI DIURNI

I centri diurni sono invece strutture territoriali di accoglienza diurna che favoriscono l'inclusione dei soggetti disabili tramite la partecipazione alle varie attività e alla vita di gruppo. I centri diurni costituiscono luoghi di aggregazione finalizzata all'integrazione sociale e sono in stretto collegamento con la rete dei servizi territoriali, con le agenzie pubbliche e private, culturali, formative e di socializzazione.

La U.O. Disabilità e Disagio Mentale del Dip. PPSS garantisce la realizzazione di queste attività attraverso il finanziamento diretto alle ASL che, avvalendosi della collaborazione tramite convenzione di soggetti del terzo settore, provvedono all'organizzazione e alla gestione del servizio. L'attività di vigilanza sulla corretta attuazione dei progetti finanziati è comunque svolta direttamente e a livello centrale dal Dipartimento. I centri finanziati sono di tipo socio-sanitario nel quale vengono erogate quindi sia prestazioni di natura socio-assistenziale che prestazioni rientranti nell'assistenza sanitaria (la cui competenza è rimessa alle ASL).

Il documento di proposta del nuovo piano sociale cittadino per Roma offre alcuni dati relativi agli utenti accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali gestite centralmente dal Dipartimento (si ricorda che alcuni Municipi hanno realizzato in propria autonomia ulteriori strutture di tipo semire-

sidenziali a carattere socio-assistenziale). Nel 2010 risultavano inseriti 355 utenti negli 11 centri diurni socio-sanitari, finanziati da Roma Capitale su progetti elaborati dalle ASL e gestiti dalle stesse, mentre vi erano 389 utenti distribuiti in 53 case famiglia (in lista d'attesa ve ne erano 496) e 993 nelle RSA nel territorio romano. Secondo i dati raccolti dall'Agenzia e riportati in Tav. 2, due anni dopo, ossia nel 2012, a Roma risultavano operative 54 case famiglia (ma ne risultano accreditate 60 al registro unico cittadino), per un totale di 442 posti disponibili e che ospitano 429 utenti (esiste anche una casa famiglia gestita dal Dipartimento fuori dal territorio di Roma Capitale che accoglie 6 utenti); 729 erano invece gli utenti rimasti in lista di attesa, in media 3 utenti ogni utente inserito. Il Municipio con un numero maggiore di case famiglia è il XIX con ben 11 strutture, nella maggior parte dei Municipi sono presenti una o al massimo due strutture (11 Municipi su 19) mentre nel VI Municipio non risulta presente alcuna casa famiglia. Le case famiglia sono aperte 7 giorni su 7 e la disponibilità di posti viene esaurita in quasi tutti i Municipi; ciò nonostante, gli utenti in lista di attesa sono superiori a quelli inseriti in 16 Municipi su 19. In particolare il Municipio XX presenta un elevato numero di utenti in lista di attesa (45), nonostante abbia ancora un capienza residua di 9 posti (pari alla differenza tra numero di posti disponibili (30) e numero di utenti inseriti (21)). Il costo totale del servizio nell'anno 2012 è stato pari a euro 15.888.258, coperti pressochè interamente da fonti di finanziamento del Dip. PPSS. Il costo medio annuale per utente è pari a 38.942 euro, con un massimo di euro 44.714 registrato nel Municipio I, ed un minimo di euro 21.624 nel Municipio V [Tav. 2].

Tav. 2 Le case famiglia: domanda, offerta e costi (2012)

Case famiglia								
Municipi	Strutture accreditate	Strutture operative	Numero di posti disponibili	Utenti inseriti	Utenti in lista di attesa	Domande nuovo inserimento	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)
I	2	2	12	12	26	1	536.566	44.714
II	6	5	35	35	19	4	1.222.967	34.942
III	1	1	6	6	12	2	240.772	40.129
IV	5	4	32	32	51	3	1.258.821	39.338
V	2	3	13	13	47	2	281.118	21.624
VI	0	0	0	0	15	4	-	-
VII	2	2	25	24	28	0	1.005.859	41.911
VIII	6	5	40	40	68	3	1.449.420	36.236
IX	2	1	16	16	27	3	682.963	42.685
X	4	4	29	27	51	2	1.024.153	37.932
XI	3	2	13	13	26	1	453.669	34.898
XII	2	2	15	14	36	4	607.644	43.403
XIII	1	1	6	6	59	9	207.804	34.634
XV	4	4	40	40	60	6	1.782.103	44.553
XVI	4	3	32	32	31	1	1.239.349	38.730
XVII	1	1	4	4	25	5	130.142	32.535
XVIII	2	2	13	13	44	6	518.364	39.874
XIX	12	11	81	81	59	7	3.246.544	40.081
XX	1	1	30	21	45	5	n.d.	n.d.
Totale	60	54	442	429	729	68	15.888.258	38.942

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute di Roma Capitale, 2012.

Per quanto riguarda i centri diurni, poiché la gestione è affidata alle ASL, il Dipartimento non è stato in grado di fornire dati completi; si riportano pertanto nella Tav. 3 i dati 2012 sulle sole strutture operative, gli utenti inseriti e in lista di attesa, non-

ché, laddove disponibili, i costi annui del servizio e quelli per singolo utente. Il costo annuo del servizio supera i 1.200mila euro, con un costo per utente pari a 2.724 euro.

Tav. 3 I centri diurni del Dip. PPSS: domanda, offerta e costi (2012)

Centri diurni						
Municipi	Strutture operative	Numero di posti disponibili	Utenti inseriti	Utenti in lista di attesa	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)
I	0	0	0	-	-	-
II	0	0	0	-	-	-
III	0	0	0	-	-	-
IV	1	75	75	-	193.154	2.575
V	1	30	20	-	146.099	7.305
VI	0	0	0	-	-	-
VII	3	56	50	-	199.847	3.997
VIII	1	50	50	-	112.320	2.246
IX	0	0	0	-	-	-
X	1	25	25	-	225.319	9.013
XI	0	0	0	-	-	-
XII	0	0	0	-	-	-
XIII	0	0	0	-	-	-
XV	0	0	0	-	-	-
XVI	0	0	0	-	-	-
XVII	1	76	76	4	78.000	1.026
XVIII	0	0	0	3	-	-
XIX	2	150	150	19	260.000	1.733
XX	0	0	0	-	-	-
Totale	10	462	446	26	1.214.739	2.724

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute di Roma Capitale, 2012.

Oltre ai dati dei centri diurni gestiti dal Dipartimento, nel questionario inviato dall'Agenzia ai singoli Municipi una delle schede da compilare era relativa alla presenza di centri diurni attivati autonomamente all'interno del territorio municipale. Solo cinque Municipi hanno compilato la scheda indicando i dati relativi a strutture, domande presentate, utenti inseriti e in lista d'attesa, costi del servizio e fonti di finanziamento; i dati sono riportati in Tav. 4. Il Municipio con il maggior numero di strutture è il VI dove sono attivi 4 centri diurni che ospitano 92 di-

sabili; in totale i Municipi hanno attivato 11 centri che accolgono 244 utenti per un costo medio per utente di 7.314 euro all'anno, quindi più di due volte e mezzo superiore al costo sostenuto da parte del Dipartimento [Tav. 3]. I centri vengono finanziati principalmente con fondi municipali ma il V, IX e XII Municipio hanno impiegato anche risorse provenienti dal Dip. PPSS, mentre il VI e il XVIII hanno utilizzato risorse provenienti dal Fondo nazionale previsto dalla L. 328/2000.

Tav. 4 I centri diurni dei Municipi: domanda, offerta, costi e fonti di finanziamento (2012)

Centri diurni										
Mun.	Strutture operative	N. di posti	Utenti inseriti	Utenti in lista di attesa	Domande nuovo inserimento	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)	Fonti di finanziamento (€)		
								Dip. PPSS	Municipio	Legge 328/2000
V	1	32	32	2	5	164.374	5.137	123.280	41.093	-
VI	4	110	92	-	-	512.000	5.565	-	201.380	310.620
IX	2	70	78	-	-	486.000	6.331	264.000	222.000	-
XII	2	45	8	5	10	352.343	7.830	150.800	201.543	-
XVIII	2	20	34	1	35	270.000	7.941	-	-	270.000
Totale	11	277	244	8	50	1.784.716	7.314	538.080	666.016	580.620

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Per quanto riguarda gli utenti inseriti nei centri diurni cofinanziati con le ASL, non esiste una lista di attesa né la possibilità di inoltrare domanda poiché l'inserimento non avviene su richiesta dell'utente ma concordato con lo stesso all'interno di un progetto globale d'intervento, dopo la valutazione tecnica del caso effettuata dall'assistente sociale; in tali circostanze non è possibile rilevare il dato sul numero di domande e quello relativo alle liste di attesa [Tav. 5].

4.3 L'assistenza domiciliare

4.3.1 Il servizio a Roma

Il servizio di assistenza domiciliare erogato dal Comune di Roma (ormai Roma Capitale) ha preso avvio nel 1980 con il primo bando di gara per l'assistenza domiciliare agli anziani parzialmente autosufficienti (SAISA). Nel 1985 nasce il SAISH, servizio finalizzato a favorire il recupero di una parziale autonomia della persona disabile tramite interventi di cura della persona, aiuto domestico, espletamento di pratiche burocratiche, accompagnamento ai centri di terapia e attività culturali, formative, sportive e ricreative. L'ultimo servizio a nascere è il SISMIF che, dal 1990, è rivolto ai nuclei familiari nei quali sono presenti minori con situazioni familiari problematiche o che disattengono l'obbligo scolastico e che potrebbero essere condotti dalla mancata socializzazione in un circuito di devianza od disagio. Sin dall'inizio nell'erogazione di tali servizi intervengono competenze differenti: il Comune titolare del servizio per il tramite dei Municipi, le ASL per gli aspetti sanitari e terapeutici, e, infine, gli enti erogatori. Dal dicembre 2000, il sistema subisce una prima importante variazione con la DGC 1532/2000⁸ che

introduce l'accreditamento degli enti erogatori in base a quanto previsto dalla L. 328/2000 (art. 6, c. 2, lett. c). A seguito di tali innovazioni, sono stati introdotti il concetto di "pacchetti di servizio", la disciplina del diritto di scelta dell'utente e l'estensione del servizio a tutta la popolazione mediante applicazione dell'ISEE. Nella fase di prima applicazione della DGC 1532/2000 sono stati costituiti il Registro Unico Cittadino di Accreditamento (RUC) e successivamente 19 registri Municipali degli enti già accreditati a livello centrale, ai fini dell'affidamento dei servizi territoriali; i Municipi hanno quindi proceduto all'affidamento dei servizi alla persona (SAISA, SAISH e SISMIF) i cui contratti erano da tempo scaduti, utilizzando le procedure indicate nella citata deliberazione. Con il sistema dei "pacchetti di servizio" si è attivato il passaggio da un modello dei servizi regolato da convenzioni di carattere generale ad un sistema impostato sul principio dei piani di intervento individuali, che hanno assunto il profilo di veri e propri contratti modulati sulle effettive esigenze dell'utenza e che presuppongono il coinvolgimento attivo di quest'ultima nella definizione dei propri progetti assistenziali.

Nella suddivisione dei compiti tra i vari livelli, ancora oggi a livello dipartimentale vengono gestiti il RUC e fissati i requisiti minimi per l'accesso allo stesso, oltre che i requisiti territoriali per l'accesso ai registri municipali e per la costruzione delle graduatorie. I Municipi sono responsabili della gestione dei servizi e gestiscono i registri municipali verificando la permanenza dei requisiti territoriali e approntando le graduatorie per l'accesso ai servizi. Sempre a livello municipale sono definiti gli aspetti organizzativi e le modalità di erogazione (secondo le linee guida fissate a livello centrale)

⁸ La DGC 1532/2000 era stata preceduta dalla DGC 755/2000 con la quale si incaricava il Dipartimento V (ora Dip. PPSS)

di coordinare e gestire il progetto di riordino dei servizi alla persona.

con identificazione dei pacchetti di servizio e del budget per singolo utente. Il processo di accertamento dei requisiti per l'accesso ai servizi e l'erogazione di prestazioni di tipo sanitario e riabilitativo vengono gestiti in coordinamento con le ASL.

Poiché la LR 38/1996 attribuisce agli enti locali (art. 12, lett. e) la competenza a rilasciare l'autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali, dopo l'attivazione del nuovo sistema di qualificazione dei servizi sociali avviato con DGC 1532/2000, il Consiglio Comunale con DCC 90/2005 ha approvato il "Regolamento per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona", introducendo tra l'altro la fascia degli enti gestori di servizi a cittadini con particolari fragilità socio-sanitarie.

Con successiva DGC 479/2006 sono state poi individuate le tipologie di pacchetti di servizio, in conformità all'art. 9 c. 7 del Regolamento il quale stabilisce che "l'Assessore competente, con cadenza almeno biennale, sentite le associazioni di rappresentanza di tutti i soggetti coinvolti, propone alla approvazione della Giunta Comunale che lo determina e ne fissa i relativi costi, lo schema quadro dei "pacchetti di servizio" assistenziali". I pacchetti di servizio prevedono per ciascuna area diversi livelli di intensità legati al bisogno assistenziale del cittadino utente ed il costo viene stabilito sulla base delle prestazioni previste all'interno di ciascun pacchetto.

Con la DGC 479/2006, sono stati individuati tre tipologie di pacchetti:

- il pacchetto "base" individuale, relativo ai "bisogni primari", al quale corrispondono 4 livelli di intervento; al pacchetto base individuale, si accompagna l'offerta di pacchetti base destinati a gruppi di utenti;
- il pacchetto di emergenza e/o aggiuntivo, atto a sostenere l'utente nel superamento di situazioni di emergenza contingenti e imprevedibili, per un periodo non superiore a tre mesi; tale pacchetto garantisce l'assistenza anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie quali la teleassistenza, il telesoccorso, il telesostegno e qualsiasi altro sistema di monitoraggio a distanza e coinvolgimento degli utenti, salvaguardando comunque l'autonomia e la permanenza nel nucleo familiare;
- il pacchetto "Famiglia" rivolto a due anziani ultrasessantacinquenni che vivono in coppia e che prevede tutti quegli interventi al nucleo nel suo complesso, sostanzialmente nella forma dell'assistenza leggera, come, ad esempio, interventi di cura dell'ambiente.

Sempre con riferimento all'assistenza domiciliare, con DGC 730/2006, in applicazione dell'art. 9, c. 10 della DCC 90/2005, è stato approvato lo schema quadro di intesa formale per l'affidamento

dei servizi di cura domiciliare agli enti gestori; all'interno di tale documento, al fine di garantire uniformità e trasparenza dei servizi su tutto il territorio comunale, sono stati meglio definiti i "pacchetti di servizio" secondo lo schema fissato dalla DGC 479/2006.

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (DGC 355/2012)

L'eccessiva rigidità dei pacchetti di servizio, costruiti secondo lo schema indicato dalla citata DGC 479/2006, il mancato adeguamento dei costi del personale impiegato nei servizi domiciliari nonché le difficoltà di programmazione per gli enti gestori, hanno indotto l'Amministrazione ad avviare nel 2011 una revisione del sistema degli interventi domiciliari e all'elaborazione di un nuovo modello di assistenza. Tali propositi hanno trovato sistemizzazione nella DGC 317/2011 con la quale, oltre ad approvare la sperimentazione delle nuove modalità, sono stati scelti quattro Comuni pilota per testare la realizzazione del progetto e indicati i principi, di seguito riportati, sui quali costruire i nuovi modelli assistenziali:

- centralità del bisogno quale fondamento per la costruzione del progetto di assistenza;
- introduzione di uno strumento di valutazione del bisogno (la scheda di valutazione) a carattere multidimensionale, flessibile per favorire gli adattamenti e, soprattutto, uniforme in tutto il territorio cittadino;
- revisione del sistema complessivo dei servizi sociali integrati al fine di perseguire l'obiettivo di equità sociale nell'erogazione degli interventi;
- introduzione del principio di compartecipazione alla spesa per il SAISH, già previsto in precedenza per il SAISA, mediante l'utilizzo dei valori reddituali ISEE, in conformità agli indirizzi formulati nel nuovo Piano Regolatore Sociale (DGC 100/2011);

Alla fase di sperimentazione ha poi fatto seguito la DGC 355/2012 che ha definitivamente portato a termine la revisione dei servizi SAISA, SAISH e SISMIF e revocato le DGC 479/2006 e 730/2006.

Rispetto a quanto previsto dalla DGC 479/2006, è stata scelta una nuova articolazione dei pacchetti di servizio, includendo tra gli interventi che concorrono alla costruzione del Piano Individuale di Intervento (PII) anche l'assistenza domiciliare indiretta per disabili e anziani, per l'intera copertura del PII o anche come quota/percentuale dello stesso, ove sussistano i presupposti previsti all'art. 39, c. 2, lettera I ter, della L. 104/1992 (disabilità grave).

Per ogni pacchetto dei servizi è stata data una quantificazione economica unitaria del costo orario, in relazione all'effettiva intensità assistenziale, determinata dal numero di interventi possibili, all'interno di una scala di valori (minimo/massimo) previsti per ciascun livello e in coerenza con le effettive necessità emerse dalla valutazione del bisogno individuale. Di conseguenza, per ogni utente viene definito un "budget individuale" che corrisponde al valore economico complessivo del PII, calcolato sulla base del "numero interventi previsti * costo intervento previsto", rappresentato anche sotto forma di quote/percentuali di interventi (che possono essere di diverso tipo e quindi con un costo orario differente), individuati come idonei per il singolo cittadino.

Come detto, per quanto riguarda il finanziamento dei servizi, la DGCa 335/2012 ha stabilito la sperimentazione del sistema di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente nelle due aree SAISH e SAISA. Alla fine del periodo di sperimentazione, la compartecipazione dovrebbe attuarsi tramite determinazione di una quota mensile in relazione all'Isee dell'assistito e secondo un criterio di decremento delle quote stesse inversamente proporzionale al livello del bisogno, nonché l'applicazione dell'Isee più favorevole, tra quello del solo assistito o quello dell'intero nucleo familiare, per i cittadini cui è stato riconosciuto un handicap permanente grave (art. 3, c. 3 della L. 104/1992) e per le persone non autosufficienti; saranno inoltre riconosciute delle agevolazioni sulle detrazioni per il canone di locazione e per la prima casa maggiorate rispetto a quelle dell'Isee standard e una soglia di esenzione per le persone disabili pari a euro 9.000, ridotta a euro 8.500 per le persone anziane.

IL SAISH -SAISA

A Roma, il "Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona disabile" (SAISH) e il "Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona anziana" (SAISA) sono servizi socio-assistenziali, gestiti dai Municipi. L'erogazione del servizio coinvolge sia i servizi sociali del Municipio sia i servizi socio sanitari della ASL che, in coordinamento, provvedono all'elaborazione di un PII personalizzato il cui fine ultimo è il mantenimento e, laddove possibile il miglioramento dell'autosufficienza, dell'autonomia e dell'integrazione sociale di ogni singolo utente.

Il servizio si propone di mantenere il più possibile la persona nel proprio ambiente domestico ma al contempo offrire un sostegno al nucleo familiare. Dal punto di vista pratico, sono previsti interventi individuali e/o di gruppo con attività di:

- aiuto e sostegno alla cura della persona in ambito domiciliare e non;

- accompagnamento e sostegno nello svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- promozione e sostegno alla partecipazione ad attività culturali, formative, sportive e ricreative;
- sviluppo e sostegno dell'autonomia personale e sociale.

Essendo un servizio a carattere socio-assistenziale, lo stesso non comporta interventi riabilitativi di tipo specialistico le cui prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rimangono di pertinenza delle ASL; pertanto tale tipologia di assistenza, di natura prettamente sociale, è fornita da Roma Capitale solo nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, ai sensi delle leggi 104/1992 e 328/2000.

BENEFICIARI DEL SERVIZIO

Può usufruire del SAISH la persona disabile, così come individuata dalla L.104/1992, che "presenta una minorazione fisica, psichica, sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione". Le persone abilitate a chiedere l'attivazione del servizio non devono aver superato l'età pensionabile. Sono esclusi invece dal servizio tutti coloro che presentano esclusivamente patologie psichiatriche, o la cui disabilità derivi da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento o da gravi fragilità sanitarie (malattie cardio-vascolari, malattie oncologiche ecc.), mentre è possibile ricorrere al SAISH qualora la disabilità derivi da gravi fragilità sanitarie e la condizione della persona si sia stabilizzata lasciando un esito di disabilità permanente. Per quanto riguarda gli anziani, ossia le donne oltre i 60 anni e uomini oltre i 65 anni in condizioni di temporanea o permanente limitazione della propria autonomia, parzialmente autosufficienti e non, è previsto il SAISA; il servizio, al pari del SAISH, viene erogato dai Municipi attraverso la collaborazione di enti accreditati, ed è realizzato sulla base della valutazione del bisogno assistenziale della persona, effettuata dal servizio sociale municipale.

LE FASI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L'attuazione del SAISH prevede il compimento di una procedura a più fasi realizzata per ogni singolo utente che ricorre al servizio:

- la definizione del livello d'intensità assistenziale attraverso il quale si stabilisce il costo, la tipologia e la quantificazione degli interventi;
- la stesura di un PII, definito dai servizi sociali municipali, dai servizi socio-sanitari della ASL, dall'ente gestore (nel caso di forma diretta o

mista), dall'interessato e/o dalla sua famiglia, sulla base del livello d'intensità assistenziale;

- le modalità di attuazione del progetto;
- il monitoraggio e la verifica degli interventi.

A secondo della tipologia di disabilità, il servizio può essere attivato nella forma diretta, indiretta o mista, rivolgendosi al Municipio di residenza e, in particolare al Segretariato sociale o, qualora attivati, al servizio PUA o CAUD.

L'ACCESSO AL SERVIZIO

Per ogni richiesta di accesso al servizio, il livello d'intensità assistenziale viene rilevato dall'assistente sociale del servizio municipale tramite uno o più colloqui con il cittadino richiedente; gli operatori effettuano tale rilevazione anche con il supporto di una scheda tecnica multi-dimensionale, comune a tutti i servizi sociali municipali, al fine di rendere omogenea la valutazione su tutto il territorio cittadino⁹. La scheda è articolata in quattro sezioni (condizione personale, situazione economica, situazione abitativa, rete familiare e sociale), proprio per poter delineare un quadro approfondito delle condizioni personali del cittadino, relative allo stato di salute (livello di autonomia, autosufficienza, capacità relazionali), alle condizioni economiche e alloggiative, alla rete familiare e sociale.

LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Il servizio sociale e i competenti servizi della ASL, nel caso del SAISH, dopo aver compiuto l'istruttoria relativa a una nuova domanda di accesso ai servizi, comprensiva della valutazione del bisogno assistenziale e della predisposizione del PII, provvede al suo inserimento nella graduatoria che definisce la priorità d'accesso ai servizi qualora, in caso di mancata disponibilità di bilan-

cio, non sia possibile l'immediata presa in carico della persona richiedente.

Per l'inserimento in graduatoria, la posizione di ogni cittadino è determinata dalla sommatoria dei punti di seguito riportati e dalla data di presentazione della domanda:

- punteggio finale attribuito dalla scheda di valutazione del bisogno assistenziale;
- 2 punti aggiuntivi per ciascun anno di permanenza nella graduatoria;
- 1 punto aggiuntivo per cittadini con Isee inferiore a 9.000 euro per il SAISH, ed 8.500 euro per il SAISA.

Esistono inoltre delle "condizioni aggravanti" che permettono di attribuire 15 punti aggiuntivi nelle seguenti situazioni: grave stato di disagio mentale e/o comportamentale, presenza nel nucleo convivente di altra persona anziana che necessita di assistenza domiciliare medio/alta o altre condizioni/casi su valutazione dell'assistente sociale.

Il SAISH è erogato secondo diverse modalità di assistenza:

- Diretta: l'assistenza si attua attraverso la libera scelta di un ente gestore che con i suoi operatori attuerà il progetto personalizzato che potrà essere articolato in interventi di assistenza individuale e/o di gruppo oppure di assistenza flessibile.
- Indiretta: l'assistenza si attua 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 qualora il richiedente abbia una disabilità grave.
- Mista: l'assistenza si attua attraverso un esercizio combinato delle due forme (diretta e indiretta). In particolare, l'attuazione di interventi in forma mista può anche avvenire nell'ambito di altri progetti realizzati per persone disabili, contemplati dai Piani regolatori Sociali dei Municipi.

Per quanto riguarda esclusivamente il servizio in forma diretta, in base alla DCC 90/2005, la persona con disabilità (o chi ne esercita la tutela) ha facoltà di scelta dell'organismo che realizzerà gli interventi previsti dal PII e ha diritto di essere informata sulle specifiche caratteristiche degli organismi accreditati, sulla tipologia e sulle modalità di erogazione dei servizi offerti; data la necessità di preventivo accreditamento degli operatori, la scelta potrà avvenire all'interno dell'elenco degli organismi accreditati al RUIC, e presenti nel registro municipale per la specifica area.

Ad ogni istanza inoltrata ai servizi territoriali segue un parere socio-sanitario, e solo l'avvenuta istruttoria di competenza della ASL consente agli uffici

⁹ Per la richiesta di accesso, oltre alla compilazione della domanda su modello unificato (allegato alla DGC 355/2012), il richiedente (o chi per suo conto), per il SAISH, deve allegare la seguente documentazione:

- fotocopia certificato di invalidità (se in attesa di riconoscimento di invalidità: certificato medico in originale di una struttura pubblica non anteriore a tre mesi);
- fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento della disabilità (L. 104/92);
- dichiarazione Sostitutiva Unica e relativa attestazione del calcolo Isee rilasciata da un CAF;
- delega dell'interessato (solo nel caso la domanda sia inoltrata da persona che non ha legami di parentela);
- fotocopia del documento d'identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- autocertificazione relativa all'ultima dichiarazione dei redditi, con particolare riferimento alle spese sostenute per le quali spetta la detrazione d'imposta (spese sanitarie, ausili per disabili, addetti all'assistenza personale, ecc.);
- documentazione attestante la spesa annua per il mutuo;
- eventuali certificazioni attestanti la disabilità/invalidità di altri membri del nucleo familiare convivente.

del Municipio di attivare il servizio o di inserire il nominativo dell'utente nella eventuale graduatoria degli aventi diritto. Dal punto di vista pratico, il servizio ASL, che ha il compito di garantire la presa in carico dell'utente nel più breve tempo possibile, contatta gli interessati ed elabora, con il servizio sociale municipale, la scheda di valutazione del bisogno individuale con la proposta di intervento socio assistenziale. Le persone in graduatoria, in attesa di erogazione del servizio, sono tenute a ricontattare l'assistente sociale del Municipio, qualora si verificassero significativi cambiamenti che richiedano una nuova valutazione del caso (per ogni 12 mesi di attesa si ha diritto a due punti aggiuntivi in graduatoria). In ogni caso, il servizio viene autorizzato dalla Direzione U.O. SECS solo in presenza di un relativo budget economico che consente di erogare l'intervento richiesto; in assenza di fondi l'istanza presentata viene posta in lista d'attesa la cui graduatoria viene aggiornata periodicamente da parte del servizio sociale municipale.

IL SAISH PER I DISABILI IN ETÀ SCOLASTICA

Per quanto riguarda i minori che frequentano gli istituti scolastici, è possibile richiedere il servizio di assistenza da parte di un AEC (Assistente Educativo Culturale); a Roma sono i Municipi ad occuparsi della programmazione, erogazione, monitoraggio e verifica del servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale degli alunni diversamente abili iscritti nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado comunali e statali presenti sul loro territorio, così come previsto dalla DGC 4450/1998. Nel testo, per uniformità di definizione con i documenti ufficiali di Roma Capitale, il servizio di assistenza tramite AEC è stato denominato SAISH scuola. Si precisa tuttavia che la richiesta di servizio AEC è indipendente da quella per l'ottenimento dell'assistenza domiciliare SAISH e viceversa.

La competenza a fornire tale servizio da parte degli enti locali è stata precisata dalla L. 104/1992 che all'art. 13, c. 1: recita "l'integrazione scolastica si realizza... anche attraverso: a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da Enti Pubblici o privati" mentre al c. 3 ricorda che "nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati". Per chiarire i limiti di competenza è poi intervenuta la Circolare n. 3390 del 30 novembre 2001 del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca che

ha definito l'assistenza di base, di competenza della scuola, come il primo segmento della più articolata assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale prevista dall'art. 13, c. 3, della L. 104/1992, mentre ha specificato che rimane all'ente locale il compito di fornire l'assistenza specialistica da svolgersi con personale qualificato sia all'interno che all'esterno della scuola. Inoltre, sempre per i minori che frequentano gli istituti scolastici, l'art. 15 della L. 104/1992 prevede che presso ogni scuola di ordine e grado il Dirigente Scolastico debba nominare il Gruppo di lavoro handicap (GLH) di istituto, che affianca i gruppi GLH Operativi sui singoli allievi diversamente abili. I GLH di Istituto hanno compiti di organizzazione e di indirizzo, e sono "gruppi di studio e di lavoro composti da insegnanti (di sostegno e curricolari), operatori dei servizi (degli enti locali e delle ASL), familiari (di tutti gli alunni e di quelli con disabilità) e studenti (nella scuola secondaria di secondo grado) con il compito di collaborare alle iniziative educative e di integrazione predisposte dal piano educativo". Il GLH Operativo è invece composto dagli insegnanti (curricolari e di sostegno) ed dagli operatori ASL.

Il servizio, gestito direttamente dal Comune di Roma fino al 2000, è stato poi decentrato ai Municipi che si occupano della programmazione, erogazione, monitoraggio e verifica del servizio, di norma gestito con il ricorso ad organismi del terzo settore accreditati. Di fatto è lo stesso Municipio che, qualora ne ravvisi la necessità a seguito di presentazione di istanza da parte degli interessati, richiede all'organismo affidatario del servizio, l'assegnazione di un AEC.

Il servizio di assistenza scolastica ed integrazione è rivolto agli alunni diversamente abili nelle scuole territoriali dell'infanzia comunali e statali, e la figura professionale dell'AEC è stata introdotta per supportare i minori nell'attività didattico/educativa e svolgimento di attività ludico motorie sia all'interno che all'esterno delle strutture, e garantire vigilanza, accompagnamento e assistenza nei servizi igienico/sanitari e ausilio nella consumazione del pasto.

Nonostante il servizio fosse stato inizialmente pensato per assolvere alle esigenze primarie degli stessi (cambio, pulizia, ausilio all'alimentazione, movimentazione, ecc), oggi gli operatori che lavorano in assistenza ai minori disabili svolgono attività di ausilio, promozione, sviluppo e consolidamento delle autonomie personali e sociali, attività di socializzazione e comunicazione. Per quanto riguarda le scuole dell'infanzia, con DGC 697/2003 "Piano di integrazione dei bambini diversamente abili nelle scuole comunali dell'infanzia" l'Amministrazione ha inoltre fornito un modello di riferimento ed un sistema operativo per facilitare e supportare le scuole nel percorso di integrazione per inserire attraverso modalità quali-

ficcate e condivise, i bambini diversamente abili nel contesto scolastico.

I LIVELLI ASSISTENZIALI

Al fine di realizzare il PII è necessario definire sia il livello di intensità assistenziale sia, conseguentemente, lo specifico pacchetto di servizi.

Il livello di intensità assistenziale rappresenta la sintesi qualitativa e quantitativa della potenziale risposta assistenziale ai bisogni rilevati nella fase di valutazione e che richiedono un sostegno da parte del servizio sociale. Il livello di intensità si desume dall'analisi contestuale e integrata delle seguenti dimensioni, ed è rilevato dall'operatore incaricato per il Municipio e dagli operatori competenti del Distretto Sanitario in occasione di uno o più colloqui con il cittadino richiedente il servizio presso gli uffici e/o al domicilio dello stesso:

- la condizione personale, con particolare attenzione, per il SAISH, alla tipologia di disabilità (disabilità plurima, fisica e intellettiva);
- il livello di autosufficienza e il livello di autonomia;
- la rete familiare (presenza/assenza di familiari in grado di recare supporto);
- la rete sociale (presenza/assenza di attività socio riabilitative, formative e lavorative e di interventi continuativi da parte di reti di sostegno);
- la condizione economica;
- la condizione socio ambientale.

Possono essere definiti quattro livelli di intensità assistenziale. Per quando riguarda le condizioni del soggetto assistito per i livelli di assistenza alto, medio-alto e medio, il servizio è riconosciuto alle:

- persone con disabilità plurima (motoria e intellettiva) con gravi problemi di non autonomia e non autosufficienza;
- persone con gravi problemi di non autosufficienza non superabili con ausili tecnici e protesici;
- persone con disabilità intellettiva che limita gravemente l'autonomia e l'autosufficienza nella gestione degli atti della vita quotidiana;

e che, allo stesso tempo, per il livello di assistenza alto, non abbiano familiari in grado di recare supporto anche a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza del nucleo e non usufruiscono di interventi di altri interventi di sostegno di tipo continuativo; per il livello medio-alto, che abbiano familiari in grado di recare supporto; per il livello medio che abbiano familiari in grado di recare supporto e, al contempo, sono inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative o usufruiscono di interventi di sostegno continuativi.

Sempre il livello medio è riconosciuto alle:

- persone con disabilità fisica che limita parzialmente l'autosufficienza nella gestione degli atti della vita quotidiana;
- persone con disabilità intellettiva che limita parzialmente l'autonomia nella gestione degli atti della vita quotidiana;

che non hanno familiari in grado di recare supporto anche a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza del nucleo, non sono inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative e non usufruiscono di interventi di sostegno continuativi, ovvero a coloro che, oltre alle condizioni fisiche sopra ricordate abbiano familiari in grado di recare supporto, ma non siano inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative o viceversa (sono inserite in attività socio riabilitative, in attività scolastiche, formative e lavorative ma non hanno familiari in grado di recare supporto).

Il livello basso è invece riconosciuto alle:

- persone con disabilità fisica che limita parzialmente l'autosufficienza nella gestione degli atti della vita quotidiana;
- persone con disabilità intellettiva che limita parzialmente l'autonomia nella gestione degli atti della vita quotidiana;

che, allo stesso tempo abbiano familiari in grado di recare supporto, siano inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative e usufruiscano di interventi continuativi da parte di reti di sostegno, a qualsiasi titolo attivate.

L'ASSISTENZA DIRETTA

Per tutti i servizi di assistenza alla persona disabile, il "pacchetto di servizi" è l'intervento o l'insieme di interventi che compongono ciascun piano individuale, per il quale è stato definito un costo mensile complessivo, dato dalla somma dei costi individuati per i singoli interventi che compongono lo stesso. Per permettere l'adattamento ai bisogni dell'utenza e personalizzare l'assistenza alla persona, è in ogni caso prevista la possibilità di ridefinire (ogni qualvolta si renda necessario) il pacchetto iniziale.

Per quanto riguarda l'assistenza diretta, la stessa può sostanziarsi in diverse tipologie di intervento, pertanto, ciascun pacchetto potrà avere la composizione più varia, compresa quella di interventi in forma diretta e indiretta ovvero di assistenza "mista". Le tipologie di interventi che possono comporre i pacchetti sono dunque i seguenti:

Assistenza individuale

L'intervento di assistenza individuale viene svolta prevalentemente presso l'abitazione del cittadino e comprende diverse prestazioni/attività. Queste sono individuate in base agli specifici e personali bisogni della persona rilevati dal servizio sociale e dalle ASL e concordati con la persona e/o il nucleo familiare; nell'assistenza individuale il rappor-

to operatore-utente, è pari a 1/1, motivato dallo stato di bisogno dell'assistito presenta un certo livello di gravità.

Assistenza famiglia

L'assistenza famiglia rappresenta una variante dell'assistenza individuale, applicabile in caso di minimo 2 persone conviventi che usufruiscano del medesimo servizio (SAISA o SAISH), per cui in fase di programmazione delle attività, si tiene conto sia delle attività in comune sia di quelle personali quantificandone i costi in modo unitario.

Attività di Gruppo

Questa tipologia riguarda le persone che possano trarre particolare vantaggio da interventi, a valenza educativa/ricreativa, volti ad accrescere le loro abilità sociali. Si tratta di quelle azioni nelle quali le attività di socializzazione sono prevalenti e appositamente di tipo relazionale (educativa e socializzante). I minori di 16 anni non sono solitamente ammessi a tali attività. Per tali servizi il rapporto utente / operatore è fino a 1/5. Le attività possono essere svolte anche fuori dell'ambiente domestico, presso strutture esistenti sul territorio, già adibite alla socializzazione, che offrano spazi adeguati, ovvero presso l'abitazione di uno degli assistiti componenti il gruppo.

Attività Flessibile

Tale tipologia di intervento (per il quale il rapporto operatore utente è sempre 1/1) ha la finalità di soddisfare prevalentemente le esigenze temporanee dell'utenza (indipendentemente dal livello di bisogno), per un periodo non superiore a 3 mesi. L'attività flessibile è infatti rivolta a:

- persone già in assistenza, per le quali emergano necessità temporanee, non previste nel piano d'intervento individualizzato, a cui può essere data una risposta con un incremento contenuto di ore settimanali;
- cittadini che si rivolgono al servizio sociale per situazioni di emergenza o segnalati al servizio sociale da parte di strutture professionali;
- cittadini collocati nelle liste d'attesa per i quali l'erogazione di un intervento di assistenza di base può sopperire, seppure parzialmente, al bisogno assistenziale rappresentato e valutato dal servizio. Solo per questa tipologia di destinatari può essere stabilita, in deroga al limite di 3 mesi, una durata prolungata, fino alla definitiva presa in carico.

L'ASSISTENZA INDIRETTA

La forma di assistenza indiretta si caratterizza come un intervento di aiuto personale, finalizzato a rispondere a bisogni strettamente assistenziali, si concretizza attraverso un sostegno economico erogato dall'Amministrazione. Il contributo viene erogato a copertura totale o parziale dei costi so-

stenuti dall'assistito per l'assunzione di un assistente personale, ma prevede in ogni caso una valutazione del bisogno, l'elaborazione di un PII, un monitoraggio costante sullo svolgimento e i risultati delle attività previste nel piano, una periodica rendicontazione amministrativa che ne determinano la natura di "servizio socio-assistenziale" distinguendola da quella di mero sostegno economico.

Qualora il destinatario rientri nella casistica di cui all'art. 3 c.3 della L. 104/1992 (disabilità grave), sempre nell'ambito del SAISH è possibile attivare programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, mediante PII. Tale intervento è quindi rivolto esclusivamente a persone che non abbiano superato i 60 anni, per le donne, e i 65 per gli uomini, in condizione di disabilità grave riconosciuta, che necessitino di prestazioni/attività per un'assistenza di base e per i quali il contesto di relazioni garantisca, ove necessario, l'individuazione di una figura di riferimento per l'attuazione del Piano. Per gli anziani, l'assistenza indiretta SAISA può essere attivata per quelle persone con invalidità certificata al 100% o riconosciute disabili secondo la L. 104/92, art. 3, c. 3, e comunque per quelle persone il cui esito della valutazione si colloca nel livello alto e medio nella dimensione "condizione personale" della scheda di rilevazione del bisogno.

L'ASSISTENZA MISTA

Nei casi in cui la persona necessiti sia di un supporto all'autonomia sia di assistenza di base, sarà possibile ricorrere alla forma mista che contempla l'attivazione di interventi di assistenza diretta e indiretta. Nel caso della forma mista, il servizio sociale dovrà dettagliare le attività che si intendono attuare e gli obiettivi da raggiungere con la tipologia di assistenza diretta e quella indiretta. La parte delle attività svolte in forma indiretta non potrà superare il 45% del totale del pacchetto nel PII.

La U.O. SECS municipale responsabile del PII raccoglie la rendicontazione prodotta dall'utente, nei termini stabiliti, e nel caso accerti irregolarità o inadempienze, procede a contestare per iscritto tali comportamenti, assegnando un termine per la regolarizzazione della posizione.

In considerazione delle attività previste nel PII comunque configurabili come assistenza di base l'Amministrazione, ai fini del riconoscimento del valore economico dell'intervento erogato in assistenza indiretta, prende come riferimento la retribuzione oraria prevista per il personale inquadrato come:

- assistente alla persona non autosufficiente – non formato – livello CS;
- assistente alla persona non autosufficiente – formato – livello DS.

I CENTRI DIURNI PER ANZIANI FRAGILI

Oltre alle diverse forme di assistenza domiciliare, i Municipi gestiscono anche i centri diurni per anziani fragili. Il centro diurno per anziani fragili, che si pone a livello intermedio fra il servizio di assistenza domiciliare e la struttura protetta, è un intervento a carattere semi-residenziale rivolto alle donne (a partire dai 60 anni) e uomini (dai 65 anni) svolto presso sedi e strutture e adeguate messe a disposizione dall'organismo o dal Municipio. Il centro si configura principalmente come luogo di accoglienza, tutela e assistenza per le persone anziane che presentino ridotte capacità di autonomia e/o con problemi di parziale non autosufficienza, dovuti alla compresenza di alcune patologie comportanti l'alterazione delle capacità motorie, il decadimento cognitivo o forme depressive, ovvero fragilità socio-ambientale. Tale intervento oltre a ridurre il carico assistenziale dei familiari, intende offrire sia un sostegno per lo svolgimento delle normali attività e funzioni quotidiane, sia uno stimolo alla socializzazione e allo svago al di fuori delle mura domestiche, attraverso attività ricreative, educative, culturali e aggregative. Il servizio si svolge con frequenza variabile fra le 2 e le 5 presenze settimanali, in base al progetto di intervento individuale concordato dai servizi sociali del Municipio, dall'organismo affidatario e dall'anziano. Il rapporto numerico operatore/utente è di 1/6; per attività (per un massimo di 6 settimanali) a valenza più specialistica (a es. animazione con attivazione di dinamiche relazionali) il rapporto operatore/utenti è di 1/15.

VALORE ECONOMICO DEI PACCHETTI-COSTO ORARIO DEGLI INTERVENTI

Al fine di definire l'impegno finanziario per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare secondo le nuove modalità, l'Amministrazione ha definito il costo medio orario dei diversi interventi.

Per gli interventi di assistenza diretta e flessibile (erogati mediante operatori inquadrati al livello C1 del contratto collettivo nazionale di lavoro delle cooperative sociali), l'Amministrazione ha individuato il costo orario complessivo dell'operatore (IVA esclusa) per l'assistenza individuale e flessibile fissandolo a 21,08 euro mentre ai fini della quantificazione del costo medio orario pro-capite della attività di gruppo (sia SAISH che SAISA), fissato a 21,50 euro, bisogna ricordare che lo stesso deve essere diviso per il numero di utenti (rapporto massimo operatore/utente = 1/5).

Per l'assistenza indiretta, l'Amministrazione ha preso in considerazione i profili professionali e le relative retribuzioni orarie del C.C.N.L. sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico (anno 2007); il contributo economico riconosciuto per l'assistenza indiretta (o quote di indiretta, in caso di assistenza mista) è stato differenziato in base

alla tipologia di attività che l'assistente deve effettivamente svolgere, e suddiviso in due categorie, in base alla tipologia di attività che l'assistente deve effettivamente svolgere, individuate sulla base della valutazione del bisogno e di quanto stabilito nel PII:

- livello CS (assistente alla persona non autosufficiente – non formato): costo orario lordo (contributi, ferie, liquidazione tredicesima, etc.) di 8,96 euro all'ora per interventi superiori alle 24 ore settimanali, oppure di 9,34 euro all'ora per interventi fino a 24 ore settimanali;
- livello DS (assistente alla persona non autosufficiente formato): costo orario lordo di 10,60 euro all'ora per interventi superiori alle 24 ore settimanali, oppure di 10,98 euro all'ora per interventi fino a 24 ore settimanali.

IL BUDGET INDIVIDUALE

Una volta definiti i costi orari degli interventi e quantificato il numero di ore di assistenza che devono essere erogate, è possibile determinare il budget individuale ossia il valore complessivo annuo delle risorse impegnate per l'esecuzione del PII differenziato per quattro livelli di intensità assistenziale. Il budget indica un intervallo compreso tra un valore economico annuo minimo e uno massimo entro cui far rientrare i pacchetti di servizio. Nel caso di un pacchetto famiglia sarà preso a riferimento il valore massimo dell'intervallo corrispondente al livello di intensità assistenziale, quale costo complessivo dell'assistenza prestata alle 2 persone conviventi che usufruiscono del medesimo servizio; qualora i due conviventi risultino di diversi livelli d'intensità si prenderà a riferimento la media tra i valori massimi dei rispettivi intervalli considerati. Per nuclei conviventi con più di due assistiti, dalla terza persona in su, si considererà la metà del budget massimo individuale.

Per l'assistenza diretta e mista il valore medio mensile va da un minimo di 4.800 euro all'anno per un livello di intensità assistenziale basso a un massimo 18.600 euro all'anno associati a un livello di intensità assistenziale alto. L'assistenza flessibile ha un valore standard di 4.800 euro all'anno. Per il SAISA il valore minimo è di 2.200 euro all'anno e quello massimo di 11.500 euro annui mentre l'attività flessibile è quantificata in 2.200 euro all'anno.

Infine, nel caso di variazione di residenza dell'utente da un Municipio all'altro durante il periodo di validità dell'impegno economico riferito alla realizzazione del PII, vale il criterio della trasferibilità del budget individuale, e, di conseguenza, il budget individuale riconosciuto all'assistito rimane invariato fino alla nuova valutazione del bisogno effettuata dal Municipio della nuova residenza; in alternativa, l'utente può proseguire

l'intervento assistenziale con l'organismo del Municipio di origine se disponibile, ovvero essere assistito da un organismo del Municipio di destinazione, mediante un accordo specifico, fino alla fine della validità dell'impegno economico corrispondente al PII.

COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA – SPERIMENTAZIONE DI UN NUOVO SISTEMA

Sulla base di quanto sperimentato con la DGC 317/2011 con l'introduzione del principio di compartecipazione alla spesa per il SAISH e con la revisione delle modalità di compartecipazione al SAISA, l'Amministrazione, al fine di poter disporre di base utile alla futura regolamentazione e attuazione di un sistema di compartecipazione alla spesa da applicare a entrambi i servizi, ha deciso di estendere l'esperienza effettuata dai quattro Municipi pilota a tutti gli altri Municipi di Roma Capitale. Per simulare la quantificazione delle quote contributive mensili a carico dei beneficiari, verrà impiegato un nuovo applicativo del sistema informatico "Isee-net" nel quale saranno inseriti i dati relativi al costo del servizio e all'ISEE dell'interessato. Il sistema di compartecipazione economica dei cittadini assistiti, così come ipotizzato, terrà conto dell'ISEE degli utenti (con detrazioni per il canone di locazione e per la prima casa maggiorate rispetto a quelle dell'ISEE standard) e la quota a carico dell'assistito sarà stabilita secondo un criterio inversamente proporzionale al livello di intensità assistenziale; inoltre, sia per le persone anziane che per quelle con disabilità, qualora sia stata riconosciuta una condizione di non autosufficienza, ovvero un handicap perma-

nente grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/1992, il sistema terrà conto della sola situazione reddituale personale dell'assistito. Limitatamente a queste ultime tipologie di utenti del servizio SAISH, nei casi di cui sopra, 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 equipolenti, con una detrazione aggiuntiva del 10% per ogni familiare a carico.

Contestualmente sarà avviato uno studio sull'applicazione dell'ISEE anche all'assistenza indiretta, al fine di quantificare eventuali riduzioni del contributo e la possibilità, in caso di assistenza mista (diretta + indiretta) di eventuali compensazioni tra compartecipazione per gli interventi in forma diretta ed erogazione del supporto economico relativo alla quota di assistenza indiretta.

Nella Tav. 5, che contiene i dati resi disponibili dal Dip. PPSS, è possibile osservare come fino all'anno 2002 sia disponibile solo il dato complessivo riferito agli utenti in assistenza alla persona e nelle scuole, mentre dal 2003 al 2006 gli utenti del servizio sono differenziati in base a tre livelli di intensità assistenziale (alto, medio basso) ed è disponibile il dato di coloro che vengono assistiti con pacchetti comprendenti attività di socializzazione e/o frequentazione di un centro diurno. Dal 2004 è inoltre possibile conoscere il numero di pacchetti di emergenza erogato. Dal 2007, gli utenti, oltre che in base ai livelli di intensità, possono essere suddivisi tra coloro che vengono assistiti individualmente e coloro che vengono assistiti con interventi di gruppo.

Tav. 5 Gli utenti disabili assistiti a Roma (2001-2011)

Interventi		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Num. di pacchetti SAISH *		3.141	3.652	3.121	3.202	3.330	3.373	3.511	3.526	3.533	3.726	3.673
di cui con:												
SAISH	Intervento assistenziale di grado alto			253	265	213	321	520	542	517	556	465
	(% sul totale pacchetti SAISH)			8%	8%	6%	10%	15%	15%	15%	15%	13%
	di cui con intervento individuale							493	482	453	495	409
	di cui intervento di gruppo							27	60	64	61	56
	Intervento assistenziale di grado medio alto			846	780	770	856	1.042	1.028	994	1.047	1.054
	(% sul totale pacchetti SAISH)			27%	24%	23%	25%	30%	29%	28%	28%	29%
	di cui con intervento individuale							945	958	923	983	974
	di cui intervento di gruppo							97	70	71	64	80
	Intervento assistenziale di grado medio			965	981	1.062	1.122	970	1.034	1.068	1.231	1.167
	(% sul totale pacchetti SAISH)			31%	31%	32%	33%	28%	29%	30%	33%	32%
di cui con intervento individuale							865	939	987	1.114	1.058	
di cui intervento di gruppo							105	95	81	117	109	
Intervento assistenziale di grado basso			1.057	1.176	1.285	1.074	979	922	954	892	987	
(% sul totale pacchetti SAISH)			34%	37%	39%	32%	28%	26%	27%	24%	27%	
di cui con intervento individuale							822	718	736	738	780	
di cui intervento di gruppo							157	204	218	154	207	
Totale interventi individuali								3.125	3.097	3.099	3.330	3.221
Totale interventi di gruppo								386	429	434	396	452
Lista di attesa SAISH					1.087	1.148	1.107	1.262	1.424	1.544	1.702	1.800
Altri interventi	SAISH scuola		111	1.704	1.888	2.055	2.296	2.437	2.593	2.820	3.030	3.255
	Lista di attesa SAISH scuola				27	30	53	36	25	-	4	45
	Pacchetto con attività di socializzazione e/o centro diurno			696	790	884	829	865	848	813	900	800
	Pacchetto aggiuntivo e/o di emergenza				16	17	17	34	81	77	91	125
	Interventi di assistenza indiretta				195	247	297	360	453	553	625	693
	Interventi di assistenza mista				20	18	15	14	15	41	45	46
	Tirocini formativi e corsi professionali				5	31	48	27	31	36	55	30
	Progetti collettivi				528	515	619	589	546	585	765	843
Centri diurni (Dip., Mun., ASL)	Numero di centri			1	22	24	27	26	28	25	24	27
Numero di diversamente abili utenti di centri diurni**			12	395	386	553	539	572	487	494	508	

(*) Il numero totale di pacchetti SAISH è stato ricalcolato sulla base dei dati parziali.

(**) Nel numero di utenti non sono compresi quelli già assistiti in SAISH.

Fonte: Roma Capitale, Dipartimento Promozione per la promozione dei Servizi Sociali e della Salute, 2012

Il numero di pacchetti SAISH, salvo il picco iniziale del 2002 (3.652 pacchetti), è poi cresciuto progressivamente dal 2003 al 2010, passando da 3.121 pacchetti a 3.726, per poi scendere nel 2011 a 3.673; analogamente, anche le liste di attesa per il SAISH sono cresciute negli ultimi 10 anni con un

numero di utenti in lista quasi raddoppiato nel 2011 rispetto al 2004 (da 1.087 a 1.800 utenti in lista). La quota di assistiti con intervento di grado alto risulta quasi raddoppiata nell'arco del decennio, a fronte di una consistente diminuzione della quota di interventi di grado basso (medio-alto e medio

rimangono invece pressochè stabili); ciò ha comportato sicuramente un aumento del costo medio del servizio. Sono quasi il 50% sul totale assistiti con SAISH coloro a quali viene riconosciuto un livello di assistenza medio/alto o alto. La quota di assistiti con intervento individuale è rimasta sostanzialmente costante negli anni, e pari a circa l'89% del totale degli assistiti.

Gli interventi di assistenza indiretta, così come i pacchetti aggiuntivi e/o di emergenza, sono cresciuti tra il 2004 e il 2011 rispettivamente del 255% (da 195 a 693 interventi) e del 781% (da 16 a 125), segno della volontà dell'Amministrazione di voler estendere la platea degli assistiti sia tramite l'attuazione di interventi temporanei, sia con il maggior ricorso ad interventi meramente finanziari.

I dati sul SAISH scuola, disponibili a partire dal 2002, indicano un notevole aumento del numero dei minori assistiti: si passa dai 1.704 del 2003 a ben 3.255 nel 2011, un numero quasi doppio, mentre si è sempre mantenuto molto basso il valore delle liste di attesa (non più di 53 minori nel 2006, anno in cui la lista d'attesa raggiunge il valore massimo) ed è stata addirittura interamente soddisfatta l'utenza nel 2009 (nessuno rimasto in lista d'attesa); da notare che anche nel 2010 la lista comprendeva solo 4 utenti, mentre nel 2011 le domande rimaste insoddisfatte sono risalite a 45.

4.3.2 I dati sull'assistenza domiciliare nei Municipi di Roma

In questo paragrafo saranno presentati i dati raccolti tramite l'invio dei questionari relativi al servizio di assistenza domiciliare alle U.O. SECS di tutti i 19 Municipi di Roma. Poiché il fine ultimo di tale attività di studio è quello di offrire un quadro delle

principali condizioni di domanda ed offerta, la richiesta di dati sull'assistenza domiciliare per l'anno 2012 ha riguardato solo il numero di utenti assistiti e di quelli rimasti in lista di attesa, il numero di nuove domande presentate nel 2012, i dati sui costi del servizio e le relative modalità di finanziamento. Per i dati di domanda e offerta sono stati anche calcolati due indici: il primo è relativo al numero di utenti assistiti ogni 10.000 abitanti residenti nel Municipio (iscritti in anagrafe, periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2011), il secondo mette in relazione il numero di utenti in lista di attesa con il numero di nuove domande presentate nell'anno (normalizzato a 100). Se il valore di questo ultimo indice è inferiore a 100, vuole dire che un determinato numero di nuovi utenti è stato inserito in assistenza nel corso dell'anno, mentre al contrario se tale indice è superiore a 100, significa che le nuove domande non hanno sostanzialmente trovato accoglimento e hanno incrementato (totalmente o in parte) la lista di attesa. Per quanto riguarda il SAISH con assistenza diretta, nel 2012 sono state presentate un totale di 1.408 domande, ma ben 1.479 utenti sono rimasti in lista di attesa poiché in molti Municipi non è stato possibile effettuare alcun inserimento. In totale gli utenti assistiti sono stati 3.188 con una media cittadina di 11 persone assistite ogni 10.000 abitanti (si va da un minimo di 8 nel I Municipio ad un massimo di 17 nei Municipi III e XI), mentre la media degli utenti che rimangono in lista di attesa su 100 domande presentate è di 105 (minimo pari a 0 nel Municipio III senza utenti in lista di attesa, massimo pari a 1.767 nel Municipio XVIII). I Municipi dove sono state registrate il maggior numero di domande sono il X (680 domande) e il XX (253), mentre quelli che invece hanno il maggior numero di assistiti sono il IV (273 assistiti) e il XIX (254) [Tav. 6].

Tav. 6 SAISH diretto: domanda e offerta (2012)

Saish diretto					
Municipi	Utenti assistiti	Utenti in lista di attesa	Domande nuovo inserimento	Utenti assistiti su 10.000 abitanti	Utenti in lista di attesa /100 domande presentate
I	108	13	26	8	50
II	147	50	30	12	167
III	87	0	5	17	0
IV	273	150	163	13	92
V	233	110	110	13	100
VI	145	92	15	12	613
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	239	261	19	10	1.374
IX	166	29	7	13	414
X	235	175	680	13	26
XI	225	32	16	17	200
XII	237	159	14	13	1.136
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	167	98	20	11	490
XVI	217	8	12	15	67
XVII	111	6	13	16	46
XVIII	185	106	6	13	1.767
XIX	254	96	19	14	505
XX	159	94	253	10	37
Totale	3.188	1.479	1.408	11	105

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Tav. 7 SAISH diretto: costi e fonti di finanziamento (2012)

Saish diretto					
Municipi	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)	Fonti di finanziamento (€)		
			Dip. PPSS	Municipio	Regione Lazio
I	1.819.229	16.845	220.152	1.599.077	-
II	1.185.941	8.068	-	1.185.941	-
III	722.452	8.304	-	595.452	127.000
IV	n.d.	n.d.	-	-	-
V	2.019.137	8.666	-	2.019.137	-
VI	1.251.500	8.631	-	1.181.500	70.000
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	2.496.880	10.447	850	2.496.030	-
IX	1.779.337	10.719	-	1.779.337	-
X	2.700.000	11.489	200.000	2.460.000	40.000
XI	1.650.000	7.333	-	1.650.000	-
XII	1.873.012	7.903	12.788	1.860.224	-
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	1.334.819	7.993	-	1.334.819	-
XVI	1.805.374	8.320	394.158	1.411.216	-
XVII	1.116.869	10.062	10.160	1.106.709	-
XVIII	1.559.589	8.430	-	1.559.589	-
XIX	2.920.000	11.496	-	2.920.000	-
XX	2.002.653	12.595	400.771	1.601.881	-
Totale	28.236.792	9.687	1.238.880	26.760.912	237.000

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Per quanto riguarda i costi del servizio [Tav. 7], i Municipi di Roma hanno speso nel 2012 un totale di 28.236.792 euro, finanziando il servizio per lo più con fondi municipali che hanno coperto il 95% dei costi e in via residuale con fondi provenienti dal Dip. PPSS (4,3% dei costi) o, per la parte rimanente, con fondi di provenienza regionale. Il Municipio che ha sostenuto il maggior costo è stato il XIX (2.920.000 euro annui) mentre quello con i costi minori è risultato il III (722.452 euro annui). Guardando ai costi per utente, il servizio più costoso è nel I (16.845 euro per utente assistito all'anno) quello meno costoso nel XI (7.333 euro per utente assistito all'anno) per una media cittadina di 9.687 euro per utente assistito all'anno.

Per il SAISH con assistenza indiretta, che sicuramente rappresenta una scelta residuale (anche

quantitativamente il numero di utenti e costi totali sono molto minori rispetto a quelli del SAISH diretto), nel 2012 sono state presentate un totale di 213 domande ma ben 277 utenti sono rimasti in lista di attesa poiché in molti Municipi non è stato possibile effettuare alcun inserimento. In totale gli utenti assistiti sono stati 600 con una media di 2 persone assistite ogni 10.000 abitanti (da un minimo di 1 per i Municipi I, XII e XX, ad un massimo di 5 per il Municipio III), mentre la media degli utenti che rimangono in lista di attesa su 100 domande presentate è di 130. I Municipi dove sono state registrate il maggior numero di domande sono il X (100 domande) e il XX (22); di contro in alcuni Municipi non è stata presentata alcuna domanda come nel II e nel XIX. I Municipi che presentano il maggior numero di assistiti sono il V (66 assistiti) e il VIII (55) [Tav. 8].

Tav. 8 SAISH indiretto: domanda e offerta (2012)

Saish indiretto					
Municipi	Utenti assistiti	Utenti in lista di attesa	Domande nuovo inserimento	Utenti assistiti su 10.000 abitanti	Utenti in lista di attesa /100 domande presentate
I	19	3	3	1	100
II	22	5	5	2	100
III	26	0	0	5	0
IV	60	15	20	3	75
V	66	9	9	4	100
VI	38	10	1	3	1.000
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	55	0	3	2	0
IX	31	16	3	2	533
X	45	50	100	2	50
XI	39	15	6	3	250
XII	25	23	4	1	575
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	31	98	20	2	490
XVI	33	9	6	2	150
XVII	24	0	1	3	0
XVIII	26	10	10	2	100
XIX	44	8	0	2	n.d.
XX	16	6	22	1	27
Totale	600	277	213	2	130

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Per quanto riguarda i costi del servizio di assistenza indiretta [Tav. 9], i Municipi di Roma hanno speso nel 2012 un totale di 5.923.256 euro, finanziando il servizio per lo più con fondi municipali che hanno coperto il 95% dei costi e in via residuale con fondi di provenienza regionale (180.000 euro nel solo Municipio VI) e in misura molto minoritaria (1,5% dei costi) con fondi provenienti dal Dip. PPSS (solo 88.164 euro che hanno coperto parte dei costi nei Municipi VIII, XII, XV, XVI e XVII). Il Municipio che ha sostenuto il maggior co-

sto è stato il XIX (660.790 euro annui) seguito dal V (649.220 euro annui) mentre quello con i costi minori è risultato il I (192.569 euro annui). Guardando ai costi per utente, il servizio più costoso è nel XX (17.436 euro per utente assistito all'anno), quello meno costoso nel IX (5.903 euro per utente assistito all'anno) per una media cittadina di 10.969 euro per utente assistito all'anno, un costo superiore di circa 1.300 euro all'anno per utente rispetto a quello dell'assistenza diretta [Tav. 7].

Tav. 9 SAISH indiretto: costi e fonti di finanziamento (2012)

Saish indiretto					
Municipi	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)	Fonti di finanziamento (€)		
			Dip. PPSS	Municipio	Regione Lazio
I	192.569	10.135	-	192.569	-
II	306.941	13.952	-	306.941	-
III	210.663	8.102	-	210.663	-
IV	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
V	649.220	9.837	-	649.220	-
VI	444.390	11.694	-	264.390	180.000
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	619.633	11.266	2.052	617.581	-
IX	182.999	5.903	-	182.999	-
X	400.000	8.889	-	400.000	-
XI	580.000	14.872	-	580.000	-
XII	234.950	9.398	29.128	205.822	-
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	347.010	11.194	20.384	326.661	-
XVI	245.282	7.433	18.420	245.282	-
XVII	253.033	10.543	18.180	234.853	-
XVIII	316.795	12.184	-	316.795	-
XIX	660.790	15.018	-	660.790	-
XX	278.980	17.436	-	278.980	-
Totale	5.923.256	10.969	88.164	5.673.548	180.000

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Il servizio di assistenza mista per il quale solitamente si ha una graduatoria di accesso comune con quella dell'assistenza diretta o indiretta, non è stato attivato in tutti i Municipi e anche laddove è stato fornito il numero di utenti assistiti, è stato difficile per molti Municipi fornire dati disaggregati sui costi e le liste di attesa. In totale gli utenti assistiti con intervento misto erano 32 nel 2012, con un massimo di 7 persone nel Municipio VI e, inve-

ce, un solo assistito nei Municipi IV, V, VII e XIX. In totale il servizio è costato 258.000, interamente finanziati con fondi municipali.

Ben più consistente è il numero di minori assistiti con il SAISH scuola, che presuppone il supporto di un operatore nelle ore scolastiche; i dati ricavati dalle risposte ai questionari sono riportati nelle Tav. 10 e 11.

Tav. 10 SAISH scuola: domanda e offerta (2012)

Saish scolastico				
Municipi	Utenti assistiti	Utenti in lista di attesa	Utenti assistiti su 10.000 bambini (3-14 anni)	Domande nuovo inserimento
I	68	3	71	70
II	88	0	71	88
III	48	0	105	48
IV	0	0	0	0
V	234	6	127	240
VI	149	0	129	119
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	419	0	130	419
IX	127	0	112	127
X	268	0	133	268
XI	127	4	95	131
XII	276	0	125	25
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	132	0	79	132
XVI	149	0	101	149
XVII	111	4	190	115
XVIII	184	0	125	31
XIX	175	0	82	175
XX	131	0	72	131
Totale	2.686	17	87	2.268

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Per il SAISH scuola nel 2012 sono state presentate un totale di 2.268 domande e il totale degli assistiti è stato di 2.686 utenti (qualora non sia necessario rinnovare ogni anno la richiesta, il numero di assistiti è superiore alle domande); il fenomeno delle liste di attesa per il SAISH scuola è assolutamente marginale e sono rimasti in attesa solo 17 utenti: 4 nel Municipio XI e XVII, 3 nel I e 6 nel V. Il Municipio con il maggior numero di bambini assistiti è il VII (419 assistiti) quello con il minor numero il III (solo 48 utenti) seguito dal I (68 utenti); in ogni caso, il numero di assistiti ogni

10.000 bambini (dati anagrafici popolazione 3-14 anni, periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2011), pari a 87, è ben 8 volte quello degli assistiti in SAISH diretto (11 assistiti ogni 10.000 abitanti) [Tav. 10].

Con riferimento ai costi del servizio di assistenza scolastica, i Municipi di Roma hanno speso nel 2012 un totale di 18.903.132 euro con un costo medio per utente di 7.037 euro, finanziando il servizio per lo più con fondi municipali che hanno coperto il 96% dei costi e in via residuale con fondi provenienti dal Dip. PPSS o da fondi regionali [Tav. 11].

Tav. 11 SAISH scuola: costi e fonti di finanziamento (2012)

Saish scolastico					
Municipi	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)	Fonti di finanziamento (€)		
			Dip. PPSS	Municipio	Regione Lazio
I	672.108	9.884	88.000	584.108	-
II	862.075	9.796	-	894.382	-
III	364.243	7.588	29.029	259.549	75.665
IV	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
V	1.089.611	4.656	-	1.204.826	-
VI	879.192	5.901	-	879.192	-
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	3.541.311	8.452	615.550	2.925.761	-
IX	n.d.	n.d.	-	679.558	289.745
X	1.400.000	5.224	500.000	900.000	-
XI	754.146	5.938	64.000	690.146	-
XII	1.383.236	5.012	-	1.383.236	-
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	748.909	5.674	-	748.909	-
XVI	1.487.160	9.981	-	1.487.160	-
XVII	858.184	7.731	-	858.184	-
XVIII	1.116.365	6.067	-	1.116.365	-
XIX	2.562.341	14.642	-	2.562.341	-
XX	1.183.253	9.032	218.000	965.253	-
Totale	18.902.132	7.037	1.514.578	18.138.969	365.410

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

Aggregando i dati relativi all'assistenza fornita tramite le diverse tipologie di SAISH (diretto, indiretto, misto e scolastico), è stata ricavata Tav. 12, che fornisce un quadro riepilogativo dell'entità dell'intervento sostenuto dall'Amministrazione a livello municipale per i servizi di supporto alla vita dei cittadini disabili. Il numero di assistiti complessivi

è pari a 6.506, per un costo medio di 8.639 euro all'anno per singolo utente ed un ammontare di spesa complessivo pari a 53.320.187 euro all'anno. Nei Municipi i costi per utente variano da un minimo di 7.046 nel Municipio V ad un massimo di 13.487 nel Municipio I.

Tav. 12 SAISH: riepilogo su domanda, offerta, costi e fonti di finanziamento (2012)

SAISH								
Municipi	Domande nuovo inserimento	Utenti assistiti	Utenti in lista di attesa	Costi del servizio (€)	Costo per utente (€)	Fonti di finanziamento (€)		
						Dip. PPSS	Fondi municipali	Altri fondi
I	99	199	19	2.683.906	13.487	308.152	2.568.323	-
II	123	260	55	2.354.957	9.058	-	2.387.264	-
III	53	161	0	1.297.357	8.058	29.029	1.065.664	202.665
IV	183	334	165	n.d.	n.d.	-	n.d.	-
V	359	534	125	3.762.455	7.046	-	3.877.670	-
VI	135	339	102	2.575.082	7.596	-	2.418.082	250.000
VII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VIII	441	715	261	6.759.688	9.454	618.451	6.141.236	-
IX	137	324	45	n.d.	n.d.	n.d.	2.641.893	289.745
X	1.048	548	225	4.500.000	8.212	700.000	3.760.000	40.000
XI	156	396	54	3.036.946	7.669	64.000	2.972.946	-
XII	43	540	182	3.537.998	6.552	41.917	3.496.081	-
XIII	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
XV	192	333	294	2.430.738	7.300	20.384	2.410.389	-
XVI	167	399	17	3.537.816	8.867	412.578	3.143.658	-
XVII	129	247	10	2.235.931	9.052	28.340	2.207.591	-
XVIII	48	397	116	3.036.961	7.650	-	3.036.961	-
XIX	194	474	104	6.143.131	12.960	-	6.143.131	-
XX	406	306	100	3.464.886	11.323	618.771	2.846.114	-
Totale	3.913	6.506	1.874	53.320.187	8.639	2.841.622	51.117.004	782.410

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati dei Municipi di Roma, 2012.

4.4 La mobilità individuale

Il servizio di trasporto per la mobilità individuale delle persone disabili è disciplinato dalla DCC 25/2004 ed è stato erogato, fino al 31 dicembre 2012, mediante la "Mobility Card", una carta bancomat nominativa e personale che poteva essere utilizzata dagli utenti sui taxi convenzionati o sugli automezzi ATAC idonei anche al trasporto dei disabili. Il servizio era rivolto alle "persone con disabilità motoria grave o cecità totale e persone ipovedenti con residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con la migliore correzione di lenti".

Il citato Regolamento, per alcune parti ancora in vigore, prevedeva la concessione a favore dell'utente di un plafond economico, corrispondente ad un numero massimo di viaggi, fino alla concorrenza di importi mensili diversificati e variabili da euro 220 a euro 1.210, in relazione al percorso chilometrico e alle esigenze di trasporto del disabile; per i beneficiari della categoria attività sociali, l'importo pre-caricato era di euro 200 mensili (euro 300 per gli utenti residenti fuori il GRA);

Le motivazioni per la richiesta di trasporto erano riconducibili alle seguenti categorie:

- lavoro e studio;
- terapia;
- attività sociali.

Dopo quasi dieci anni, l'entrata in vigore di protocolli bancari internazionali e della normativa anticiclaggio, hanno indotto l'istituto di credito gestore

della Mobility Card, a dichiarare l'impossibilità di garantire, da gennaio 2013, l'operatività della card dedicata esclusivamente al pagamento del servizio; l'istituto di credito ha proposto in alternativa una carta prepagata del circuito internazionale, spendibile liberamente in ogni esercizio commerciale e, quindi, non più vincolabile all'esclusivo utilizzo sulle vetture adibite al servizio di trasporto.

In tale ipotesi di sostituzione, l'Amministrazione ha tuttavia ravvisato il rischio di venire meno alla disciplina dettata dalla DCC 25/2004: secondo l'Amministrazione, con la concessione di una card senza vincolo di destinazione dei fondi, si sarebbe di fatto sostituito un servizio di trasporto a favore di soggetti con gravi disabilità motorie e impossibilitate all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico, con la concessione di contributo economico che, per altro, avrebbe potuto non soddisfare il bisogno di mobilità della persona disabile.

In aggiunta, la società ATAC, affidataria del servizio di trasporto tramite bus, ha comunicato di non poter proseguire nella gestione del servizio medesimo oltre la data del 31 dicembre 2013.

Al fine di non interrompere il servizio a favore della particolare categoria di persone disabili, la Direzione del Dip. PPSS, facendo ricorso alle procedure d'urgenza previste dalla normativa vigente, ha adottato i provvedimenti per affidare il servizio svolto con i mezzi attrezzati ad un nuovo gestore, per il periodo necessario all'espletamento di una gara europea e alla stipula di nuove convenzioni con le società/Cooperative Radio Taxi.

Per quanto riguarda il servizio di trasporto mediante i pulmini attrezzati (gestito da ATAC fino al 31 dicembre 2012), in considerazione dell'urgenza di assicurare il servizio e dar modo e tempo all'Amministrazione Capitolina di espletare le procedure aperte previste dal D.Lgs. 163/2006 in materia di contratti pubblici, la Direzione del Dip. PPSS ha scelto di selezionare, in via d'urgenza e in attuazione di quanto permesso dal combinato disposto dei commi 2 lett. c) e 6, dell'art. 57 del suddetto D.Lgs. 163/2006, un soggetto per la gestione del servizio. Conseguentemente, con DD 6255/2012 il Dipartimento ha approvato l'avviso pubblico per l'indagine di mercato finalizzata all'individuazione di operatori economici in possesso delle caratteristiche di qualificazione tecnico-economica, procedendo, a procedura espletata e con DD 205/2013, ad affidare la gestione del servizio alla MEDITRAL Società Consortile a responsabilità limitata per un periodo di sei mesi, per una spesa pari a euro 2.199.978 (importo calcolato moltiplicando l'importo mensile stanziato normalmente per il servizio di cui trattasi, per 6 mesi, senza incremento dei costi). In base all'incarico conferitole, la MEDITRAL ha iniziato a svolgere la propria attività a partire dal mese di febbraio 2013.

Con riferimento al servizio di trasporto mediante vetture taxi, il Dipartimento ha provveduto, da ultimo con la DD 6112/2012, alla pubblicazione di un avviso pubblico per la presentazione di proposte di adesione alla Convenzione per l'espletamento del servizio mobilità delle persone disabili della durata di un anno (fino al 31 dicembre 2013) con le società cooperative radio taxi. Nel testo dell'avviso sono state fissate le modalità di erogazione del servizio e sono state invitate le società cooperative radio taxi a sottoscrivere la proposta di convenzione; in base al testo della convenzione, la selezione dei beneficiari sarà comunque curata dal Dipartimento e i soggetti reputati idonei saranno riconoscibili dagli autisti tramite un tesserino di riconoscimento. A fine dicembre 2012, la Commissione di valutazione ha ritenuto idonea la Cooperativa Radio Taxi 3570.

Al fine di garantire in futuro la continuità del servizio, con la DGC 37/2013 "Approvazione, in via sperimentale, di nuove modalità di erogazione del servizio di mobilità per persone con gravi disabilità motorie e non vedenti" e con la successiva DD 921/2013 sono state invece approvate le modalità di erogazione del servizio.

Le nuove modalità, approvate in via sperimentale e vavevoli fino al 31 gennaio 2014, prevedono sia per il servizio tramite taxi sia per il bus sharing, limiti al numero di corse e/o di spesa mensili per ogni singolo utente che variano in funzione della residenza

del soggetto disabile e della specifica categoria per la quale si richiede il servizio: lavoro, studio, terapia e attività sociali; viene inoltre introdotto l'ISEE, quale variabile ai fini della collocazione nella graduatoria della lista d'attesa.

Il servizio di trasporto su taxi convenzionati è riservato agli utenti della categoria attività sociali, mentre il servizio tramite mezzi attrezzati definito come "bus sharing" serve le esigenze di lavoro, studio e terapia, quantificate e programmate in via preventiva per ogni singolo utente.

Per quanto riguarda la mobilità tramite vetture taxi, ad ogni utente sono riconosciute 8 corse mensili per 48 settimane l'anno (le settimane in cui non si ha accesso al servizio devono essere preventivamente individuate e comunicate dallo stesso richiedente) e un *plafond* mensile di 160 euro che aumenta a 300 euro se il disabile risiede fuori dal GRA. Qualora venga superato il limite mensile, l'eccedenza verrà detratta dal limite di spesa del mese successivo.

Il servizio tramite mezzi attrezzati definito come "bus sharing" prevede una centrale di regia che raccolga le richieste degli utenti ed ottimizzi il servizio tramite pianificazione delle corse; la cabina sarà infatti dotata di un sistema di mappatura e georeferenziazione, che renderà possibile organizzare in un unico viaggio gli spostamenti di un massimo di 8 persone.

Per permettere l'accesso al servizio, con DD 1581/2013 il Dip. PPSS ha pubblicato un avviso pubblico finalizzato alla selezione di 1.000 nuovi utenti del servizio di mobilità per persone disabili. Il servizio potrà essere richiesto da persone con disabilità motoria grave o cecità totale e persone ipovedenti con residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con la migliore correzione delle lenti, che dopo apposita visita medica, vengano dichiarate assolutamente o gravemente impedito all'uso dei mezzi di trasporto pubblico. I richiedenti dovranno presentare apposita domanda corredata da certificato medico in originale rilasciato dal settore di medicina legale della ASL di appartenenza attestante, in relazione alla disabilità riconosciuta, l'impedimento all'uso dei mezzi di trasporto pubblico e la certificazione ISEE dei redditi dell'anno precedente (per ora il 2011). Sarà inoltre necessario fornire apposita documentazione in relazione alla categoria per la quale si richiede il servizio: per i richiedenti il servizio per la categoria "lavoro" sarà necessaria la dichiarazione del datore di lavoro, attestante il rapporto contrattuale in essere, con indicazione degli orari/turni di lavoro osservati dal richiedente, la/le sede/i presso la/le quale/i è svolta l'attività lavorativa del richiedente; per la categoria "studio", sarà necessaria la dichiarazione di fre-

quenza rilasciata dall'Istituto di studio/centro professionale frequentato dal richiedente, con indicazione del periodo, ovvero dei giorni di frequenza, degli orari e della/e sede/i frequentata/e dal richiedente; per la categoria "terapia": l'utente dovrà presentare un'attestazione relativa al progetto di riabilitazione/terapia rilasciato dal centro di cura frequentato, con indicazione dei giorni, degli orari e della sede/i ove la terapia viene prestata. Infine, per la categoria "attività sociali" non saranno necessarie specifiche attestazioni inerenti le attività svolte. Con determinazione dirigenziale, verranno approvate 4 graduatorie distinte, ovvero una per ogni categoria di utenti (lavoro, studio, terapia, attività sociali), in ragione dell'indicatore reddituale ISEE dichiarato dall'utente, ai fini della collocazione in graduatoria.

Secondo le stime dell'Amministrazione, a seguito dei due interventi descritti sopra, sarà possibile garantire il servizio a 3mila cittadini, a fronte degli attuali 1.500, senza variazioni di costo per l'Amministrazione comunale, che continuerà a spendere per il servizio di trasporto disabili 6,4 milioni di euro l'anno. Il nuovo modello di mobilità ha al momento coinvolto 3.600 vetture taxi (che, con le ulteriori convenzioni, nel tempo potranno arrivare 5.000) e 100 pulmini. Pur tuttavia le nuove modalità di accesso al servizio, che prevedono la presentazione della domanda solo in presenza di procedura di selezione in corso (nelle intenzioni dell'Amministrazione i bandi dovrebbero essere periodicamente riproposti) rischiano di lasciare insoddisfatti i bisogni di coloro che sviluppino una situazione di disabilità in assenza della possibilità di presentare domanda di accesso al servizio, per altro già ampiamente preclusa dalla consistenza della lista di attesa esistente.

I dati sulla mobilità forniti dal Dip. PPSS per l'anno 2012 (quindi riferiti alla vecchia modalità di erogazione del servizio), indicano un totale di 2.392 domande presentate e 1.122 utenti assistiti mentre erano 1.261 quelli in lista di attesa.

Il costo totale del servizio pari a 5.729.000 euro (5.106 euro per utente) nel 2012 è stato interamente finanziato con fondi ordinari provenienti dal bilancio capitolino.

Oltre al servizio fornito dall'Amministrazione centrale, nel Municipio VI è stato attivato un progetto specifico per la mobilità denominato "M.G.G. Mobilità Gratuita Garantita" totalmente gratuito e che consiste nel servizio di accompagnamento con automezzo attrezzato con pedana mobile per carrozzina ortopedica, attivabile tramite chiamata con preavviso, gestito dalla cooperativa sociale Ambiente e lavoro (cfr. Par. 4.6).

4.5 L'inserimento lavorativo

In materia di inserimento lavorativo delle persone disabili, il principale riferimento normativo a livello nazionale è rappresentato dalla L. 68/1999. Le competenze del collocamento in generale, e quindi anche del collocamento obbligatorio per le persone con disabilità, sono state trasferite alle Regioni ed alle Province a seguito delle entrate in vigore del D.Lgs. 469/1997; attualmente, quindi, le Regioni sono competenti in materia di politica attiva del lavoro e per la programmazione e coordinamento di iniziative volte ad incrementare l'occupazione e ad incentivare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, anche dei lavoratori con disabilità, tramite l'istituto del collocamento mirato.

La L. 68/1999 prevede infatti l'istituzione a livello regionale e provinciale dei servizi per l'inserimento lavorativo dei lavoratori con disabilità che provvedono, in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, secondo le specifiche competenze loro attribuite, alla programmazione, all'attuazione, alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti beneficiari.

I servizi per l'inserimento lavorativo dei lavoratori con disabilità curano l'avviamento lavorativo, la tenuta degli elenchi e l'aggiornamento delle graduatorie, il rilascio delle autorizzazioni relative agli esoneri parziali, la stipula delle convenzioni e l'attuazione del collocamento mirato.

I beneficiari della legge, secondo quanto stabilito all'art. 1, sono le persone disoccupate che presentano almeno una delle condizioni di seguito indicate:

- persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e portatori di handicap intellettuale con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;
- persone invalide del lavoro con grado di invalidità superiore al 33%;
- persone non vedenti (affette da cecità assoluta o con un residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi, con eventuale correzione) o sorde (affette da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata);
- persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni, iscritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle del DPR 915/1978.

Oltre ai disabili, l'art. 18 della medesima legge individua altre categorie di beneficiari:

- orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio;
- soggetti equiparati (i coniugi ed i figli superstiti di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di servizio, di guerra, di lavoro);
- profughi italiani rimpatriati e vittime del terrorismo.

L'iscrizione della persona con disabilità nell'elenco tenuto dagli uffici competenti è il presupposto per avvalersi dei servizi di inserimento lavorativo. Le persone con disabilità in possesso dello stato di disoccupazione, che aspirano ad un'occupazione conforme alle proprie capacità lavorative, possono infatti chiedere di essere iscritti nell'apposito elenco tenuto dagli uffici competenti del collocamento obbligatorio. Gli iscritti vengono inseriti in una graduatoria unica sulla base del punteggio risultante dagli elementi e dai criteri stabiliti dalle regioni e dalle province.

Secondo l'istituto del collocamento obbligatorio, tutti i datori di lavoro che impiegano più di 15 dipendenti sono obbligati a riservare una quota delle proprie assunzioni a persone diversamente abili. Per quanto riguarda gli obblighi di assunzione in capo ai datori di lavoro, le quote di riserva sono modulate dall'art. 3 della L. 68/1999 secondo l'entità dimensionale dello stesso, cui deve aggiungersi, almeno in via transitoria ed in attesa della riforma della materia, la quota spettante agli orfani, ai coniugi superstiti ed alle categorie equiparate.

Per quanto riguarda le competenze di Roma Capitale, i progetti di inserimento lavorativo mantengono un carattere esclusivamente di natura assistenziale poiché sono finalizzati a favorire l'inclusione sociale e lo sviluppo e il mantenimento delle abilità dei disabili.

A Roma, il Dip. PPSS ha realizzato quattro progetti per l'inserimento lavorativo interamente finanziati con fondi provenienti dal bilancio capitolino (per un importo complessivo di circa 395mila euro) ma attuati e gestiti tramite associazioni o enti morali Onlus e cooperative sociali di tipo B, che hanno coinvolto 133 soggetti diversamente abili.

Nei paragrafi successivi vengono descritti i progetti attuati nel 2012.

SERVIZIO DI INSERIMENTO LAVORATIVO – SIL

Il servizio, che è gestito dall'AIPD-Associazione Italiana Persone Down-Sezione di Roma Onlus, si rivolge esclusivamente a persone adulte con sindrome di down residenti a Roma. Lo scopo del

progetto è quello di permettere alle persone con sindrome di down che abbiano sufficienti potenzialità, capacità e motivazione, di trovare un lavoro adeguato e creare le basi per una vita il più possibile indipendente. Il SIL prevede alcune fondamentali linee di lavoro: la consulenza ed il sostegno alle persone con sindrome di down, il rapporto costante con le aziende e Amministrazioni pubbliche locali, un archivio di documentazione su leggi, decreti, progetti che riguardano l'inserimento lavorativo delle persone disabili. Il progetto, che non ha lista di attesa, ha coinvolto 19 utenti nel 2012 ed è stato completamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino per un totale annuo di 28.595 euro.

SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTEGRAZIONE SOCIO-LAVORATIVA FINALIZZATO AL MANTENIMENTO DELLE ABILITÀ SOCIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE E MEDIO-GRAVE

Il progetto, che è gestito dall'Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus, è finalizzato a garantire lo sviluppo ed il sostegno all'autonomia personale ed all'inclusione sociale per il mantenimento delle abilità sociali di persone adulte con disabilità intellettiva grave e medio-grave. Gli utenti, residenti a Roma, devono aver completato l'obbligo scolastico. Il progetto intende infatti assistere coloro che, al termine di un significativo percorso di formazione professionale con tirocinio, non abbiano acquisito competenze sufficienti tali da poter prevedere un reale sbocco lavorativo, ma abbiano comunque sufficienti capacità relazionali e sociali che ne permettono la permanenza nell'ambiente di lavoro; l'attività di tipo lavorativo volta al mantenimento delle capacità ed autonomie sviluppate alla prevenzione di processi di emarginazione sociale e regressione. Il progetto, che prevede da un minimo di 30 a un massimo di 40 partecipanti, ha coinvolto 30 utenti nel 2012; non esiste attualmente una lista di attesa per l'accesso. Il progetto è stato completamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino per un totale annuo di 34.452 euro.

LABORATORI SOCIO-OCCUPAZIONALI PER DISABILI MENTALI

Il progetto, che è gestito dall'Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus, è rivolto a disabili mentali medio gravi adulti dai 20 ai 50 anni residenti a Roma. L'obiettivo del progetto è la realizzazione di 3 laboratori socio-occupazionali che garantiscano la continuità del processo socio-riabilitativo assistenziale in soggetti disabili medio gravi, evitando loro regressioni e favorendo pro-

cessi idonei a renderli più abili e sufficientemente adattati alla realtà quotidiana. Il progetto si svolge in stretta collaborazione con i servizi territoriali delle ASL. Gli utenti sono inseriti in 3 laboratori socio-occupazionali:

- laboratorio di produzione di pasta fresca;
- laboratorio di restauro e manutenzione mobili;
- laboratorio di produzione oggettistica in ceramica Raku.

Sono, inoltre, realizzate attività ludico-educative che interessano l'espressività corporea ed è attiva un'area di sostegno alla genitorialità in cui si realizzano incontri individuali e di gruppo con i genitori per affrontare le problematiche specifiche di ciascun ragazzo. Per l'accesso ai laboratori, che prevede un massimo di 65 utenti totali, esiste una lista di attesa di 20 persone ed è chiesta una quota di partecipazione pari a 27,5 euro per persona al giorno. Il costo del progetto è stato completamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino per un totale annuo di 160.875 euro.

MANUTENZIONE ORDINARIA E PULIZIA AREE VERDI CASE DI RIPOSO, COMUNITÀ ALLOGGIO PER ANZIANI DI ROMA CAPITALE E COMPLESSO BELLOSGUARDO

Il progetto, gestito da sei Cooperative Sociali Integrate di tipo B, rientra negli interventi di Roma Capitale volti a favorire l'inserimento lavorativo/economico e sociale dei cittadini disabili utilizzando il sistema di convenzionamento previsto dalla L. 381/1991. Il servizio è affidato alle Cooperative Sociali Integrate iscritte nell'elenco speciale delle Cooperative Sociali di tipo B di Roma Capitale (DGC 124/2009, DGC 60/2010 e DGCa 238/2012). Il progetto, che al momento non prevede liste di attesa, ha impiegato 19 soggetti regolarmente occupati per 8 mesi nel 2012 ed è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino per un totale annuo di 170.860 euro.

4.6 I progetti speciali e culturali

Oltre ai servizi descritti nei paragrafi precedenti, il Dip. PPSS ed i Municipi attivano di norma anche una serie di progetti speciali e culturali.

Per quanto riguarda il Dipartimento, nel 2012 sono stati finanziati 13 progetti speciali, per un importo complessivo pari a circa 1.434mila euro (di cui uno da 487mila), che di seguito vengono brevemente descritti.

PROGETTO "SERVIZIO DI INFORMAZIONE E CONSULENZA" (S.I.C.) IN FAVORE DELLE PERSONE CON SINDROME DI DOWN

Il progetto, realizzato dall'Associazione Italiana Persone Down (A.I.P.D.) Onlus – Sezione di Roma, offre un servizio plurispecialistico rivolto alle famiglie di persone con sindrome di down e finalizzato a fornire informazioni accurate sulla sindrome di down, sulle cause, sulle prospettive di sviluppo a breve ed a lungo termine. Il servizio si avvale della collaborazione di un'équipe di operatori esperti in diversi settori (pediatria, assistenza sociale, neurologia, psicologia clinica, psicologia dello sviluppo, riabilitazione) e permette alle famiglie di effettuare una valutazione globale dei bisogni del bambino, ragazzo o adulto down contestualmente alla valutazione dei bisogni familiari. Nel 2012 il servizio ha erogato 380 visite ed il costo annuo, pari a 66.629 euro è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

PROGETTO "PERCORSI DI EDUCAZIONE ALL'AUTONOMIA" PER PERSONE CON SINDROME DI DOWN

Il progetto, realizzato dall'Associazione Italiana Persone Down (A.I.P.D.) Onlus – Sezione di Roma, e che si realizza nell'arco di 9 mesi (da settembre a giugno), comprende una serie di iniziative per l'acquisizione della massima autonomia da parte di adolescenti e di adulti down ("Club dei ragazzi" e "Percorso di autonomia per adulti"). Al termine del ciclo dei corsi di autonomia, che dura circa 3 anni, è possibile frequentare l'Agenzia del tempo Libero, da parte di coloro che desiderano continuare a frequentare gli amici e mantenere abilità e competenze acquisite. Nel 2012 il servizio ha coinvolto 184 utenti ed il costo annuo, pari a 127.069 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

PROGETTO "RELAY SERVICE" (SERVIZIO TELEFONICO PONTE PER PERSONE SORDE)

Il progetto, realizzato dall'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza dei Sordi (E.N.S.) Onlus – Sezione Provinciale di Roma, intende facilitare la comunicazione, tramite telefono, tra persone sorde e tra persone sorde e persone udenti. Si avvale della specifica apparecchiatura DTS (Dispositivo Telefonico per Sordi) e del tramite ("ponte") di operatori qualificati. Questi ultimi leggono, per gli udenti, quanto scritto dal sordo nel DTS e scrivono, per i sordi, quanto detto dalla persona udente. La funzione del Relay Service non è utile solo nelle emergenze, ma per ogni esigenza della vita quotidiana: porgere gli auguri di buon compleanno ad un conoscente; prendere appuntamento dal medi-

co o dal parrucchiere; dialogare con un parente o un amico; chiedere informazioni sull'orario di un ufficio pubblico o sul costo di un prodotto ad un negozio ed altre attività della vita quotidiana. Nel 2012 il servizio ha gestito oltre 32.000 contatti telefonici ed il costo annuo, pari a 160.456 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari bilancio capitolino.

PROGETTO "SILENT POINT"

Il progetto, realizzato dall'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza dei Sordi (E.N.S.) Onlus – Sezione Provinciale di Roma, si pone l'obiettivo di offrire un'ampia gamma di servizi di carattere sociale attraverso cui le persone sorde di Roma, giovani o anziani, lavoratori, pensionati o disoccupati, possono usufruire di un sostegno ed orientamento per riuscire ad affrontare piccoli e grandi problemi della vita quotidiana, promuovendo in tal modo l'integrazione della persona sorda nella società. Il progetto si articola in molteplici interventi: sportello telematico (sito Internet www.silentpointensroma.it), periodo quadrimestrale "L'Informatore Silenzioso", consulenza del lavoro, corsi base della lingua dei segni (LIS), sportello sociale, attività culturali per giovani sordi, consulenza legale per le persone sorde di Roma, CAF per i contribuenti sordi, servizio di interpretariato per sordi con basso reddito, ludoteca per bambini sordi, Web TV in lingua dei segni e attività sportive. I dati sulla numerosità dei contatti telefonici si riferiscono all'anno 2011 e sono stati disaggregati per singolo servizio come elencato di seguito:

- sportello telematico: oltre 60.000 contatti;
- periodico quadrimestrale: 1.600 copie;
- consulenza del lavoro: 210 utenti;
- consulenza sociale: 1.950 interventi;
- corso LIS: 16 allievi;
- consulenza legale: 96 interventi;
- CAF: 150 utenti;
- interpretariato: 118 interventi;
- ludoteca: 34 famiglie iscritte;
- attività sportiva: 60 tesserati.

Il costo annuo del progetto, pari a 86.305 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

PROGETTO "OSSERVATORIO PERMANENTE SULL'ACCESSIBILITÀ ALLE STRUTTURE DEL TERRITORIO COMUNALE"

Il progetto avviato nel 2001 e gestito dalla Cooperativa Sociale Integrata PAGASO è finalizzato a mantenere e aggiornare una banca dati telematica utilizzabile dai cittadini o dai turisti con esigenze speciali per poter organizzare i propri spostamenti in città. La banca dati si compone di una serie di schede relative ai luoghi di maggiore interesse e/o utilità (uffici pubblici, strutture sanitarie, scuole, aree verdi, aree di interesse culturale, artistico, archeologico, luoghi di divertimento, ristoranti, cinema, teatri, ecc.). Sono state rilevate e descritte più di 3.000 strutture. Ogni anno sono effettuati circa 400 inserimenti di nuove strutture e 1.000 verifiche sulle strutture già presenti nel sito www.comune.roma.it/accacomune/osservatorio.

Il costo annuo del progetto, pari a 59.048 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

PROGETTO "FILIPPIDE"

Il progetto, gestito dalla Associazione Sportiva Dilettantistica Sport e Società – Progetto Filippide per l'Autismo e le Malattie Rare – SP.ES, organizza attività sportive (corsi di nuoto e atletica) destinate a disabili con ritardo mentale grave o gravissimo (prevalentemente Sindrome Autistica) con il fine di favorire e rafforzare l'autonomia delle persone disabili, offrendo inoltre un valido sostegno alle famiglie. Le attività si svolgono nell'arco di 9 mesi (ottobre-giugno) con gruppi suddivisi per fasce d'età: piccolissimi (fino a 10 anni), adolescenti (dai 10 ai 18 anni) ed adulti (oltre i 18 anni) provenienti da tutto il territorio capitolino. Da pochi anni è stato formato un gruppo esclusivamente femminile di nuoto sincronizzato. Gli atleti, che nell'anno 2011/2012 sono stati pari a 75, partecipano anche a gare nazionali ed internazionali e sono seguiti da tecnici sportivi specializzati. Il costo annuo del progetto, pari a 252.866 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

PROGETTO "GIOCHIAMO A REMARE"

Il progetto, gestito dalla Associazione Sportiva Dilettantistica Reale Circolo Canottieri Tevere Remo, organizza corsi di canottaggio rivolti a minori con disabilità intellettiva e partecipazione a competizioni sportive nazionali. Il progetto ha coinvolto 10 minori nel 2012 ed il costo annuo del progetto, pari a 11.979 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

LABORATORIO TEATRALE INTEGRATO PIERO GABRIELLI

Il progetto, promosso ed organizzato dal 1994 in collaborazione tra Roma Capitale, Teatro di Roma e Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, è rivolto

ad allievi con e senza disabilità delle scuole di Roma di ogni ordine e grado con l'obiettivo di promuovere, attraverso lo strumento teatrale, un percorso di integrazione tra ragazzi con e senza difficoltà coinvolgendo professionalità e istituzioni diverse. Le attività sono tenute da professionisti del Teatro di Roma (registi, musicisti, scenografi, costumisti) ed operatori provenienti dal mondo scolastico con la collaborazione di specialisti della riabilitazione. Nell'ambito del progetto sono stati realizzati un laboratorio pilota e diversi laboratori decentrati nelle scuole, corsi propedeutici per operatori dello spettacolo, della scuola e della riabilitazione; corsi di drammaturgia e di formazione per docenti; si è formata la "Piccola Compagnia" di ex allievi divenuti professionisti e sono stati creati un giornale telematico "Il Pierino" (www.ilpierino.it), video di documentazione e informazione, pubblicazioni.

I partecipanti hanno preso parte a festival, convegni, manifestazioni e tournée teatrali. Nel 2012, il progetto ha coinvolto 907 partecipanti provenienti da 39 scuole e dato vita a 42 laboratori, 13 spettacoli diversi (69 repliche) a cui hanno assistito 8.500 spettatori.

Il costo annuo del progetto, pari a 487.099 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

LABORATORIO TEATRALE INTEGRATO "IL SUPER DIVERSO"

Il progetto, gestito dalla Cooperativa Sociale Integrata "Superdiverso (teatroindecente)" realizza attività didattiche e spettacoli nel campo della danza, del teatro e degli audiovisivi. Si basa sulla collaborazione tra aspiranti attori e danzatori (con e senza disabilità) e professionisti del teatro, della danza, della musica, del cinema. Nel 2012 il progetto ha coinvolto 25 utenti ed il costo annuo del progetto, pari a 64.130 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

LABORATORIO INTEGRATO DI CANTO E DANZA "L'ARTE NEL CUORE"

Il progetto, gestito dall'Associazione "L'Arte nel Cuore" Onlus, organizza corsi di canto e di danza volti alla preparazione professionale di giovani disabili e non, con l'obiettivo di creare all'interno dell'Accademia "L'Arte nel Cuore" tutte le professionalità che consentano in futuro la costituzione di una compagnia teatrale stabile. Gli allievi potranno proporsi anche all'esterno dell'accademia grazie agli attestati di frequenza e al superamento di esami. I corsi sono condotti da professionisti dello spettacolo e si concludono con l'allestimento di

uno spettacolo di fine corso. Nel 2012 il progetto ha coinvolto 30 partecipanti ed il costo annuo del progetto, pari a 30.250 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

LABORATORI TEATRALI INTEGRATI IN 2 SCUOLE: ISTITUTO COMPRENSIVO "FIDENAE" E ISTITUTO COMPRENSIVO "SETTIMILA SPIZZICHINO"

Il progetto, sviluppato dagli Istituti scolastici I.C. Fidenae e I.C. S. Spizzichino, e dalla ASL Roma C, realizza laboratori teatrali ai quali nel 2012 hanno preso parte 53 persone ed il costo annuo, pari a 19.645 euro, è stato interamente finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

LABORATORIO TEATRALE "TEATRO ANCH'IO"

Il progetto, gestito dalla Società Cooperativa Sociale Prevenzione e Intervento Roma 81, realizza un laboratorio teatrale rivolto esclusivamente a giovani disabili inseriti nel Centro semi-residenziale del Municipio 5 "Centro anch'io". Il costo annuo del progetto, che ha coinvolto 25 soggetti disabili, è stato pari a 7.000 euro, interamente finanziati con fondi ordinari del bilancio capitolino.

ATTIVITÀ CULTURALI E RICREATIVE E LABORATORI TEATRALI ORGANIZZATI DALLE ASL

Si tratta di progetti di integrazione sociale e di sostegno allo sviluppo della migliore autonomia di disabili adulti prevalentemente con ritardo mentale grave e/o gravissimo. Le attività svolte sono di tipo sportivo, turistico-culturale e di partecipazione a laboratori integrati sia di teatro che di musica. Tutti i progetti sono stati elaborati e vengono condotti dai servizi per i disabili adulti delle ASL Roma B (laboratorio teatrale integrato) e ASL Roma E (laboratorio musicale, attività culturali e ricreative). Nel 2012 le attività hanno coinvolto 299 utenti ed il costo annuo del progetto, pari a 61.690 euro, è stato finanziato con fondi ordinari del bilancio capitolino.

I PROGETTI DEI MUNICIPI

Oltre ai progetti finanziati a livello centrale, i Municipi hanno sviluppato in propria autonomia dei loro progetti. Nelle schede riepilogative che seguono va considerato che non tutti i Municipi hanno fornito dati in proposito, ovvero hanno erroneamente inserito progetti gestiti a livello centrale o attività più propriamente inquadrabili nei servizi di assistenza domiciliare. L'importo complessivo per l'anno 2012 relativo alle schede qui riportate è pari a circa 1.766mila euro.

Municipio I					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
CENTRO DI NOI Centro di aggregazione diurno per giovani-adulti con handicap fisico e psichico lieve o medio-grave. Attività laboratoriali, finalizzate all'acquisizione di autonomie e relazioni personali e di gruppo.	Diversarte cooperativa onlus	24	0	120.080	Fondi del Dip. PPSS 120.080
LUDOTEMPO Assistenza domiciliare specifica, volta al raggiungimento dell'autonomia per handicap specifici.	Sadifor cooperativa sociale integrata	5	0	35.000	Fondi Municipali 35.000
LABORATORI SULL'AUTONOMIA PER MINORI AFFETTI DA SINDROME PDD (AUTISMO E SINDROMI CORRELATE) Sostegno per lo sviluppo dell'autonomia per i soggetti affetti da autismo e sostegno psicologico e organizzativo-familiare alle famiglie e sostegno informativo-didattico ai docenti scolastici	Tutti giù per terra cooperativa onlus	26	1	175.000	Fondi Municipali 175.000

Municipio II					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
INSIEME A TE Laboratori per adulti. Il progetto prevede l'articolazione della giornata con spazi laboratoriali integrati che propongono: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza e cura della persona; • attività ricreative e socializzanti integrate con le realtà territoriali per favorire un percorso di autonomia spazio-temporale; • attività sulla globalità dei linguaggi; • attività di laboratorio autogestite per promuovere un percorso di autonomia e di autogestione in casa e fuori casa; • attività sportive non agonistiche;teatrali, informatiche,di cucina,di giardinaggio, di ballo. 	CNA cooperativa	46	32	160.000	Fondi Regionali 160.000
FORMIAMO IL FUTURO Tirocini mirati e occupazionali (il progetto ha avuto una prima fase conclusasi a giugno 2012 e poi una seconda fase iniziata ad ottobre 2012)	CNA cooperativa	15 utenti nella prima fase e 17 nella seconda	10 utenti nella prima fase e 6 nella seconda	45.000 per ogni fase	Fondi Regionali 45.000 per ogni fase
FUORICENTRO Realizzazione di 8 laboratori per minori : musica, danza, di gioco, sport, globalità dei linguaggi, equitazione , autonomia. Nel periodo chiusura scolastica sono realizzate attività ricreative.	AGRIFOGLIO cooperativa	19	0	92.000	Fondi Regionali 92.000
ASSISTENZA INTEGRATIVA Il progetto si rivolge a disabili in attesa di attivazione del servizio SAISH o in una situazione di grave emergenza	Libera scelta dell'ente gestore (in passato l'ente gestore era la cooperativa Agrifoglio)	14	0	70.000	Fondi Regionali 70.000

Municipio III					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
CENTRI RICREATIVI PER MINORI DISABILI Attività culturali e ricreative di gruppo.	Municipio III e Mille e una notte cooperativa	11	0	20.000	Fondi Regionali L.328/2000 20.000
LABORATORI PER DISABILI Progetto integrato con la ASL Roma A che prevede 10 laboratori (come nuoto, fotografia, musicoterapia, cucina, teatro, ceramica, etc.)	Municipio III e Oltre cooperativa	70	0	83.792	Fondi Regionali L.328/2000 83.792
CONSULENZA ALLA PARI Attività di consulenza tramite persone disabili volontarie che hanno acquisito specifiche competenze professionali.	Municipio III	2	0	2.600	Fondi Municipali 2.600

Municipio IV					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
PROGETTO DI ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE CULTURALE E SPORTIVA DISABILI ADULTI E MINORI Realizzazione di giornate evento e uscite serali.	Idea prisma 82 cooperativa	24	0	40.000	Fondi Municipali 40.000)
CENTRO DIURNO PER DISABILI GRAVI	Il brutto anatroccolo cooperativa	22	0	160.000	Fondi Municipali 160.000

Municipio V					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
<p>APPARTAMENTO DISAGIO PSICHICO Il progetto è rivolto 6 utenti seguiti e ha lo scopo di favorire attività riabilitative e di sostegno nonché il contenimento di comportamenti disturbanti e aggressivi attraverso interventi nel domicilio messo a disposizione dagli stessi utenti dove si stanno sperimentando gruppi di convivenza. L'intervento è integrato con la ASL Roma B.</p>	Cooperativa	6	0	55.352	Fondi del Dip. PPSS 41.514 Fondi Municipali 13.838
<p>CASA DEL WEEK END Il progetto è rivolto a 30 ragazzi, con disabilità medio lieve. I partecipanti divisi in gruppi di 4-5 persone sperimentano l'autonomia dalla famiglia attraverso la possibilità di trascorrere il Week End fuori casa in una struttura messa a disposizione dei ragazzi.</p>	Cooperativa	25	0	50.000	Fondi Municipali 50.000
<p>CONSULENZA ALLA PARI Attività di consulenza tramite persone disabili volontarie che hanno acquisito specifiche competenze professionali.</p>	Cooperativa	n.d.	n.d.	157.374	Fondi del Dip. PPSS 123.280 Fondi Municipali 41.094

Municipio VI					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
<p>M.G.G. – Mobilità Gratuita Garantita Servizio di accompagnamento, da attivarsi con chiamata di preavviso, con automezzo attrezzato con pedana mobile per carrozzina ortopedica, per cittadini del Municipio con difficoltà di deambulazione temporanea o permanente o comunque con un disagio tale da rendere il servizio necessario.</p>	Ambiente e lavoro cooperativa sociale	25	0	20.000	Fondi del Dip. PPSS 20.000

Municipio XVI					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
SPORTELLO H Informazioni e consulenza su problematiche della disabilità e rilascio contrassegni per autorizzazione sosta autoveicoli	S.C.S. La Ragnatela cooperativa sociale	400	0	25.000	Fondi del Dip. PPSS L. 328/2000 25.000
ATTIVITA' MOTORIA PER DISABILI	Juventus nuoto associazione	60	0	20.000	Fondi Municipali 20.000
PERCORSI DI AUTONOMIA Inserimento lavorativo e tirocinio formativo, maggiore autonomia nella fruizione dei servizi ricreativi	S.c.s. Agorà cooperativa	24	n.d.	25.000 (per 6 mesi, poi il progetto è stato integrato nel SAISH)	Fondi Municipali 25.000
INTEGRAZIONE BAMBINI AUTISTICI Integrazione scolastica bambini autistici	Scuola Attiva associazione	4	n.d.	1.650	Fondi del Dip. PPSS L. 328/2000 1.650
ARCHEOLOGIA E RIABILITAZIONE Attività riabilitativa per soggetti con difficoltà cognitive e comportamentali	Olim associazione	4	n.d.	6.000	Fondi Municipali 6.000

Municipio XVII					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
<p>CENTRO PER LA SOCIALIZZAZIONE DI PERSONE ADULTE DIVERSAMENTE ABILI Il progetto è rivolto a cittadini del territorio di età compresa, di norma, tra i 25 e i 60 anni, prevede attività di gruppo ludico-ricreative e laboratoriali, uscite sul territorio, partecipazione ad eventi ed escursioni.</p>	Servizio Psico Socio Sanitario Onlus cooperativa sociale	27	0	160.000	Fondi Municipali 160.000
<p>ATTIVITA' DI GRUPPO Progetto rivolto ad adulti e minori del territorio con disabilità e prevede attività sportive, ludiche, ricreative ed espressive di gruppo.</p>	Servizio Psico Socio Sanitario Onlus cooperativa sociale	28	0	60.000	Fondi Municipali 60.000

Municipio XVIII					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
VERSO MARE LIBERA 2012 Manifestazione velistica rivolta a ragazzi diversamente abili	Nautica maestrale associazione sportiva dilettantistica	15	0	9.849	Fondo regionale per la non autosufficienza 9.849
MASTRO GIOTTO Laboratorio artistico a sostegno del percorso di crescita del bambino disabile	Lucia Forte Ditta individuale	6	0	15.000	Fondi Municipali 15.000
ESPERIMENTI DI SOLIDARIETÀ 2 – BORSE LAVORO Realizzazione di un laboratorio di lavoro rivolto a ragazzi disabili che andranno a supportare le attività della casa di accoglienza della cooperativa	Frate Jacopa Cooperativa sociale	5	0	15.000	Fondi Municipali 15.000
VACANZA ESTIVA PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE E PSICHICHE Realizzazione di una breve vacanza estiva rivolta ai disabili di tutte le età, con visita di musei, luoghi di interesse artistico e e paesaggistico	GPS onlus gruppo di promozione sociale	16	0	7.500	Fondo regionale per la non autosufficienza 7.500
PERCORSI DI AUTONOMIA SOCIALE Laboratorio di educazione all'autonomia e integrazione sociale dei disabili mentali	Percorsi Zebrati cooperativa sociale a r.l. onlus	9	1	19.916	Fondi Municipali 19.916
WEEKEND PER L'AUTONOMIA DELLE PERSONE DISABILI Weekend di socializzazione e integrazione sociale per ragazzi diversamente abili	Casa Comune 2000 cooperativa sociale a r.l. onlus	56	0	15.590	Fondi regionali 15.590
CENTRO RICREATIVO ESTIVO PER UTENTI DISABILI ADOLESCENTI ED ADULTI Laboratorio di educazione all'autonomia e integrazione sociale dei disabili mentali che	Casa Comune 2000/Domus A.T.I.	28	0	59.456	Fondi Municipali 59.456
SCUOLATTIVA Weekend di socializzazione e integrazione sociale per ragazzi diversamente abili	Habitat per l'autismo associazione onlus	15	1	17.017	Fondi regionali 12.017 Fondo regionale per la non autosufficienza 5.000

Municipio XIX					
Descrizione del progetto	Ente gestore	Utenti	Utenti in lista di attesa	Costo annuo (euro)	Fonti di finanziamento (euro)
PERCORSI DI EDUCAZIONE ALL'AUTONOMIA Realizzazione di percorsi prope- deutici ad acquisire livelli di mag- giore autonomia personale e promozione di iniziative di sup- porto educativo alle famiglie dei partecipanti al progetto.	Percorsi Zebrati cooperativa sociale a r.l. Onlus	9	0	24.000	Fondi regionali L. 328/2000 24.000

5 Considerazioni finali

In base a quanto emerso a seguito dell'attività di studio, l'Agenzia ha ritenuto opportuno evidenziare di seguito alcuni punti di attenzione relativi alle attuali condizioni di erogazione dei diversi servizi e interventi per il supporto socio assistenziale ai cittadini disabili che, a livello organizzativo, vengono gestiti in parte a livello di Amministrazione centrale ma, soprattutto, tramite le strutture territoriali dei Municipi.

- Nella prima fase di studio ed analisi del settore, pur trovando la piena collaborazione della U.O. disabilità e disagio mentale del Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute e del Collaboratore del Sindaco per la disabilità, l'Agenzia ha tuttavia rilevato la necessità di un maggior coordinamento e comunicazione a livello di Direzione di Dipartimento.
- Per quanto riguarda i Municipi, solo cinque di essi hanno compilato e risposto nei tempi indicati al questionario inviato dall'Agenzia; per gli altri è stata necessaria una cospicua attività di *recall* che ha inevitabilmente prolungato i tempi di realizzazione dello studio. Ad oggi mancano ancora i dati relativi all'ex Municipio VII (ora V) e XIII (ora X) e, parzialmente, del IV (ora III).
- Nelle risposte fornite dai Municipi, sono state riscontrate molte incongruenze ed errori nella classificazione dei singoli servizi e/o progetti; al fine di ottenere una sufficiente omogeneità dei dati l'Agenzia ha dovuto effettuare interventi di validazione dei dati e riclassificazione degli stessi.
- Si è anche evidenziata una parziale difformità tra i dati forniti dai Municipi all'Agenzia, e quelli invece pubblicati, per ciascun Centro di Re-

sponsabilità, sulla Relazione al Rendiconto di Gestione 2012 di cui alla DCC 56/2013.

Analizzando i singoli servizi, è inoltre possibile evidenziare ulteriori punti di criticità relativi al sistema di offerta, nel rispondere alle esigenze dei cittadini disabili.

- Le case famiglia a livello centrale sono distribuite in modo disuniforme a livello di Municipio e la lista di attesa per le strutture residenziali era di 729 persone nel 2012 (a fronte di 425 utenti inseriti); tali dati non possono che suggerire la necessità di incrementare il numero strutture residenziali presenti sul territorio e di garantire una maggior omogeneità sia nell'erogazione dei servizi sia, nei limiti del possibile e rispettando le particolari esigenze degli utenti, nella spesa: per quanto riguarda i costi, infatti, l'Amministrazione spende in media quasi 39.000 euro all'anno per ogni ospite delle strutture, ma i costi variano da un minimo di 21.624 euro nell'ex Municipio V (ora IV) ai 44.714 dell'ex Municipio I (ora parte dell' I) o ai 44.553 dell'ex Municipio XV (ora XI).
- Per quanto riguarda i centri diurni, sono gestiti a livello centrale solo quelli socio-sanitari cofinanziati con le ASL e, in ogni caso, tali strutture (10 in tutto) sono presenti solo in 7 Municipi; la realizzazione dei centri socio assistenziali è invece lasciata alla competenza dei Municipi che, tuttavia, non sembrano aver preso molte iniziative in merito: 11 centri, attivati in soli 5 Municipi. Complessivamente sono ben otto gli ex Municipi che non dispongono di alcun tipo di struttura, con presenza sul territorio assolutamente insufficiente rispetto alle esigenze del-

- la popolazione e conseguente domanda inespressa da parte degli utenti.
- Il SAISH, servizio per l'assistenza domiciliare e l'integrazione sociale della persona disabile, rimane l'intervento di maggior rilievo dal punto di vista finanziario: per l'erogazione del SAISH, in tutte le sue forme (diretto, indiretto, misto e scolastico) l'Amministrazione spende più di 53.000.000 euro all'anno (e un costo medio di oltre 8.600 euro per utente), per altro sottostimati a causa dell'assenza delle risposte ai questionari da parte di due Municipi e dalla possibile mancata inclusione di alcune somme spese per gli interventi erogati con pacchetti di emergenza.
 - Il costo medio per l'erogazione dell'assistenza domiciliare diretta (SAISH diretto) è di poco inferiore ai 10.000 euro all'anno, ma si passa da un minimo di 7.333 euro nell'ex Municipio XI (ora VIII) ai ben 16.845 dell'ex Municipio I (ora parte dell' I); situazione analoga si ha per l'assistenza domiciliare indiretta (SAISH indiretto) dove il costo medio per utente è quasi pari a 11.000 euro all'anno, con un minimo di 5.903 euro nell'ex Municipio IX (ora parte del VII) e un massimo di 17.436 nell'ex XX (ora XV). Nonostante i dati suggeriscano che in media, gli interventi in assistenza diretta comportino un minore impegno finanziario per l'Amministrazione, si precisa tuttavia che la differenza nei costi dei due pacchetti non è immediatamente confrontabile poiché la consistenza (per numero di ore e tipologia degli interventi) potrebbe essere anche molto differente.
 - Il SAISH con assistenza diretta risulta il servizio con maggior utenti in carico, 3.188 utenti nel 2012, per un impegno finanziario superiore ai 28.000.000 euro (quasi totalmente finanziato con fondi nella disponibilità dei singoli Municipi), ma con una lista di attesa di 1.479 che non può che denotare un'offerta ampiamente sottodimensionata rispetto alla domanda.
 - La sproporzione tra domanda ed offerta si riduce moltissimo nel servizio di AEC per l'assistenza ai minori nelle scuole (SAISH scuola) che, nel 2012 è stato fornito a 2.686 bambini e per il quale la lista di attesa è di soli 17 utenti. Su questo punto bisogna sottolineare che non sempre il servizio di AEC per i minori che frequentano gli istituti scolastici (di cui si occupano i Municipi) si accompagna alla presa in carico SAISH; è auspicabile che tali servizi vengano abbinati e che la lista di attesa, per quanto esigua, sia portata a zero.
 - Mentre l'adozione di linee guida centrali, anche in presenza di decentramento delle funzioni amministrative ai Municipi, ha comunque permesso l'erogazione di alcuni servizi in condizioni sostanzialmente omogenee in tutto il territorio cittadino, lo stesso non può dirsi per i costi sostenuti dai Municipi. Si auspica che le modifiche introdotte con la recente riforma dell'assistenza domiciliare e la quantificazione del costo orario dei pacchetti possano ridurre tali diversità.
 - Il ricorso all'assistenza mista (interventi di SAISH diretto e indiretto, con diverse percentuali all'interno del singolo pacchetto) rimane un fenomeno assolutamente residuale: solo 10 Municipi hanno attivato il servizio e per un totale di appena 32 utenti nel 2012.
 - Per quanto riguarda il trasporto individuale per persone disabili, nel 2012 gli utenti del servizio sono stati 1.122 ma il numero di utenti in lista di attesa era addirittura superiore, e pari a 1.261, con un'offerta ampiamente al di sotto della domanda. L'Agenzia evidenzia inoltre come le nuove modalità di accesso al servizio che prevedono la presentazione della domanda solo in presenza di bando aperto (i bandi dovrebbero essere periodicamente riproposti), uniti alla consistenza della lista di attesa esistente, rischiano di lasciare insoddisfatti i bisogni di coloro che sviluppino una situazione di disabilità in assenza di bando aperto.
 - Per quanto riguarda infine i progetti di inserimento lavorativo e quelli finalizzati ad accrescere l'autonomia e l'integrazione sociale dei soggetti disabili, a Roma, nel 2012 il Dipartimento per la promozione dei servizi sociali e della salute ha finanziato rispettivamente 4 e 13 progetti, mentre i Municipi hanno sviluppato in propria autonomia dei loro progetti. Tuttavia, molti Municipi non hanno compilato la parte del questionario in cui si richiedeva di descrivere eventuali progetti a favore delle persone con disabilità attivati in via autonoma e di propria iniziativa anche se in collaborazione con ASL o operatori del terzo settore; l'assenza di tali dati, quando non causata da errori o dalla mancata volontà di fornire indicazioni al riguardo, può significare che esistono Municipi più attivi nel promuovere iniziative a sostegno della disabilità o che, stante il vincolo di bilancio che per i servizi sociali non permette di realizzare progetti in assenza di copertura finanziaria, molti Municipi non sono neppure in grado di reperire o disporre di fondi adeguati.

 Via Cola di Rienzo 217 • 00192 Roma
Telefono 06.367071 Fax 06.36707212
www.agenzia.roma.it

*L'Agenzia per il controllo e la qualità dei servizi pubblici locali
di Roma Capitale è stata istituita dal Consiglio Comunale
con Deliberazione n. 39 del 14 marzo 2002,
successivamente modificata e integrata
con Deliberazione n. 212 del 22 ottobre 2007*

Agenzia