

7. Sociale

7.1 Farmacie comunali

7.1.1 Evoluzione del quadro normativo, istituzionale e contrattuale

Sin dal secolo scorso il settore di distribuzione dei farmaci fu considerato di natura pubblica per sopperire alle esigenze dei ceti più poveri mediante un'offerta non limitata ai soli privati.

Il servizio offerto dalle farmacie comunali presenta alcune peculiarità, sia connesse al tradizionale regime speciale del loro esercizio sia alla duplice vocazione del servizio farmaceutico di:

- servizio pubblico, in quanto l'erogazione dell'assistenza farmaceutica è preordinata - quale fase dell'assistenza sanitaria in genere - alla tutela della salute, e le farmacie rientrano tra gli strumenti di cui le ASL si avvalgono per l'esercizio dei compiti di servizio pubblico loro assegnato;
- servizio sociale, in quanto caratterizzato dall'essere rivolto a rendere prestazioni con particolare attenzione alla persona, connotandosi per la individualizzazione e la personalizzazione degli interventi.

Il numero delle farmacie, la dislocazione delle singole sedi e la zona di perimetrazione di ciascuna di esse, è oggetto di programmazione a mezzo di una pianta organica delle farmacie di ciascun comune ai sensi dell'art. 2 della legge 2 aprile 1968, n. 475, la cui formazione e revisione è di competenza regionale.

Il numero delle autorizzazioni per i comuni con popolazione oltre 12.500 abitanti fu stabilito in modo che vi fosse una farmacia ogni 4.000 abitanti, ma l'art. 11 del DL 24 gennaio 2012, n. 1 convertito in legge 24 marzo 2012 n. 27 recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività" (di seguito, DL 1/2012 o "decreto liberalizzazioni") prevede che il numero di autorizzazioni aumenti a una ogni 3.300 abitanti,

oltre alla possibilità di aprire nuove farmacie (entro il limite del 5% delle sedi):

- nelle stazioni, porti, aeroporti e aree autostradali di grande affluenza dove non sia già presente una farmacia nel raggio di 400 metri;
- nei centri commerciali e nelle grandi strutture con superficie di vendita superiore a 10.000 metri quadrati, purché non sia già aperta una farmacia, a una distanza inferiore a 1.500 metri.

Queste nuove farmacie dovranno essere localizzate in modo tale da garantire maggiore-migliore accessibilità al sistema farmaceutico, attraverso una equa distribuzione sul territorio anche in zone scarsamente abitate.

Come detto, la titolarità del servizio spetta dunque alle Regioni tramite le ASL; quando i comuni esercitano la prelazione prevista dall'art. 9 della L. 475/1968 ("La titolarità delle farmacie che si rendono vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica può essere assunta per la metà dal comune") essi acquisiscono la mera titolarità della sede della farmacia, intesa come diritto di impianto e di esercizio. Il DL 1/2012 ha stabilito però che le ulteriori farmacie (o comunque quelle vacanti) derivanti dai nuovi limiti in rapporto agli abitanti, non possano essere prelazionate dai comuni.

Dal punto di vista organizzativo, la vecchia pianta organica del Comune di Roma (DGC 237/2008) prevedeva 718 farmacie, di cui 713 attualmente attive, una aperta da Farmacap in zona Don Bosco (poi nuovamente chiusa a causa del mancato rispetto della distanza legale minima di 200 metri da altra farmacia) e quattro prelazionate dal Comune negli anni '60-'70-'80 e mai aperte, per difficoltà di reperimento di locali idonei nelle rispettive zone.

Ottemperando al dettato dell'art. 11 del DL 1/2012, con la DGCa 157/2012 (modificata, accogliendo al-

cuni ricorsi di parte, con DGCa 231/2012) la Giunta Capitolina ha approvato la revisione della pianta organica delle farmacie di Roma Capitale, prevedendone, rispetto alle precedenti 718, altre 119 in più, arrivando dunque a una nuova pianta organica di 837 sedi farmaceutiche (a livello cittadino, una ogni 3.300 abitanti). Per il calcolo del numero di nuove sedi da poter aprire, la legge prevede che il conteggio sia fatto con il dato degli abitanti indicati dall'Istat al 31 dicembre 2010, ovvero 2.761.447 unità. Il parametro di 3.300 residenti è dunque utile esclusivamente per poter individuare il numero delle nuove farmacie da aprire a livello cittadino.

I criteri seguiti per stabilire le nuove zone di insediamento sono dettate dalla legge, ovvero sia di assicurare una più capillare ed equa distribuzione sul territorio, sia di garantire maggiore accessibilità al servizio nelle aree scarsamente abitate.

Nella nuova delibera, il Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale ha escluso la possibilità di insediare nuove farmacie in quei municipi (ex I, II, III, VI, IX, XVII) in cui c'è già un esubero di sedi rispetto al parametro individuato dalla nuova legge (applicandolo alla popolazione residente in ciascun municipio), mentre ha suddiviso le 119 nuove sedi negli altri municipi.

Il concorso per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche, per il privato esercizio nel Comune di Roma, è stato bandito dalla Regione Lazio con Determinazione 18 ottobre 2012, n. B07698 (pubblicato su BURL n. 63 del 13 novembre 2012). Allo stato attuale il concorso non è ancora terminato e non sono dunque state assegnate le nuove sedi.

Con DM dell'11 dicembre 2012 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 67 del 20 marzo 2013), il Ministero della Salute ha fissato il quadro normativo di riferimento e i criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi previsti dal D.Lgs. 153/2009, quali ad esempio l'assistenza domiciliare integrata, l'autodiagnosi, le prestazioni infermieristiche e fisioterapiche e le prenotazioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso sia strutture sanitarie pubbliche sia private accreditate, come anche pagare i ticket e ritirare i referti. Le farmacie private possono liberamente attivare i servizi sulla base delle norme attuative nazionali e regionali, mentre per le farmacie pubbliche l'adesione è sottesa al rispetto dei Piani socio sanitari regionali, alla preventiva comunicazione alla ASL, al rispetto del patto di stabilità, all'adesione alle iniziative di collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Se le farmacie comunali non sono gestite in economia ma a mezzo di azienda speciale, o di società, o di consorzi, l'accesso all'erogazione dei nuovi servizi è subordinato unicamente all'inserimento nei CCNL dei criteri di gestione di cui sopra e alla condizione che la gestione delle farmacie stesse non abbia registrato perdite progressive nelle ultime tre annualità di bilancio. L'effettuazione dei nuovi servizi non può comunque comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.

La normativa di settore, dettata dalla L. 362/1991, prevede che le farmacie siano gestite dai Comuni secondo le formule organizzative indicate dalla normativa generale sui servizi pubblici, con le sole precisazioni derivanti dalla specificità del settore per quanto riguarda l'istituto dell'esternalizzazione, nonché la possibile composizione della compagine societaria. Il decreto liberalizzazioni ha confermato l'esclusione delle farmacie comunali dalla nuova disciplina in materia di servizi pubblici locali a rilevanza economica.

Per quanto riguarda Roma Capitale, con deliberazione del Consiglio Comunale n. 5 del 29 gennaio 1997, è stata approvata la trasformazione delle farmacie comunali da servizio in economia ad Azienda speciale ai sensi della legge 8 giugno 1990 n. 142, denominata "Azienda Farmasociosanitaria Capitolina - Farmacap" (di seguito: Farmacap). Lo Statuto dell'Azienda, così come integrato dalla DCC 194/2004, ha per oggetto l'esercizio diretto delle farmacie comunali e tutte le attività ad essa connesse (come ad esempio i servizi di teleassistenza e telesoccorso).

Lo stesso Statuto aveva previsto all'art. 3 l'adozione da parte dell'Azienda di una Carta dei servizi che riportasse i principi fondamentali a cui si ispirano gli strumenti operativi per la loro attuazione e le forme per la tutela nei rapporti con i cittadini e con gli utenti. Tuttavia, nonostante tale previsione, la Carta dei servizi di Farmacap non è mai stata adottata [cfr. Par. 3.4].

L'espletamento del servizio farmaceutico con la realizzazione di servizi istituzionali a carattere continuativo, nel rispetto delle finalità statutarie, è stato inizialmente regolato da un contratto di servizio, con durata pari a cinque anni, approvato con DGC 453/2000 e mai più rinnovato, salvo che a seguito dell'affidamento di nuovi servizi alla Farmacap, nel giugno 2003 il Dipartimento V del Comune di Roma (ora, Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute) aveva predisposto una nuova bozza di contratto di servizio - sottoposto anche al parere dell'Agenzia - che tuttavia non è mai stato approvato dalla Giunta Comunale.

Con DGC 500/2006 Farmacap aveva inoltre otte-

nuto dall'Amministrazione l'affidamento in via sperimentale di servizi educativi per la prima infanzia, che aveva portato all'apertura di cinque asili nido in regime di accreditamento e di convenzionamento; questa sperimentazione è ormai terminata e ora Farmacap gestisce un solo asilo nido, aperto dal settembre 2008.

Passando agli aspetti economico-patrimoniali, la Giunta Capitolina, con DGCa 210/2011, ha approvato i bilanci d'esercizio degli anni 2008 e 2009 di Farmacap, non riconoscendo però all'Azienda speciale crediti nei confronti di Roma Capitale per quasi 1.750.000 euro e indicando che gli stessi dovessero essere iscritti nel bilancio consuntivo 2010 come rettifiche.

Nel corso del mese di ottobre 2011, il CdA di Farmacap, in fase di approvazione del bilancio 2010, ha ritenuto di non adeguarsi alle indicazioni di Roma Capitale, con particolare riferimento ai crediti per interessi di mora di cui sopra.

Successivamente i membri del Consiglio di Amministrazione hanno rassegnato le proprie motivate dimissioni tra gennaio e febbraio 2012 e, con Ordinanza del Sindaco n. 66 del 29 febbraio 2012, il Sindaco di Roma Capitale ha nominato un Commissario Straordinario, prima confermato con OS 109/2012 e poi sostituito con OS 165/2012 del 28/6/2012. Il nuovo CdA è stato nominato con OS n.202 del 6 agosto 2012, successivamente integrata con OS 36/2013.

Il Commissario Straordinario, al solo fine di assicurare l'ordinata prosecuzione delle attività, ha sollecitato l'Amministrazione nell'approvazione del bilancio 2010, con l'impegno a riesaminare le singole questioni in sede di predisposizione e approvazione del bilancio 2011.

La Giunta Capitolina, accogliendo la richiesta, ha dunque adottato la decisione n. 35 del 21 marzo 2012, approvando il bilancio 2010 ma invitando nel contempo l'Azienda speciale a seguire gli indirizzi già dettati con DGCa 210/2011. Ad oggi il bilancio 2010 è ancora in attesa di approvazione da parte dell'Assemblea Capitolina, ai sensi dell'art. 25, comma 2, del DL 1/2012.

Analogamente sta avendo il bilancio 2011, approvato dal Commissario Straordinario in data 25 luglio 2012 e anche questo al vaglio dell'Amministrazione.

Sempre in tema di bilanci, si segnala che con decreto n. 94/2001, il Giudice del Registro di Milano ha stabilito che il deposito della Situazione Patrimoniale dei Consorzi costituiti ai sensi del TUEL e, per analogia, il deposito del bilancio delle Aziende Speciali, rientra tra gli obblighi di pubblicità delle imprese; ad oggi, però, Farmacap non ottempera ancora a tale prescrizione.

7.1.2 Organizzazione del servizio e dell'offerta

La giustificazione economica dell'intervento pubblico nel campo delle farmacie (in Italia conosciute per lo più come farmacie comunali mentre in Europa come farmacie sociali) dipende da alcuni tipici "fallimenti di mercato", che nel caso specifico dipendono sia dalla formazione di rendite di posizione di tipo territoriale, sia dalla natura di "beni di merito" e dalle finalità redistributive che caratterizzano in genere le prestazioni sanitarie.

Le farmacie comunali debbono favorire l'accesso ai farmaci alle categorie sociali svantaggiate, sia economicamente sia territorialmente, ossia a quelle persone che abitano quartieri poco densamente popolati ed in cui le farmacie private non hanno interesse a stabilirsi, essendo limitate le possibilità di gestione profittevole.

Inoltre queste strutture, se pubbliche, possono indirizzare il loro operato al fine di garantire alla clientela un servizio di eccellenza in termini di informazione, di assistenza e in alcuni casi anche di moderazione del costo dei farmaci.

L'interesse di avere un servizio di farmacie comunali sta però soprattutto nel poter offrire questo servizio in zone in cui non è presente o è deficitario. Come detto, a Roma, a fine 2012, le farmacie realmente aperte erano 713 (in luogo delle 718 previste dalla vecchia pianta organica); il decreto liberalizzazioni prevede adesso una sede farmaceutica ogni 3.300 abitanti e che il numero di residenti sulla base dei quali calcolare il numero di farmacie occorrenti sia quello dell'ISTAT al 31 dicembre 2010.

A Roma le nuove farmacie, previste dalla DGCa 157/2012 che ha recepito il nuovo dettame normativo, saranno 119, cosicché l'offerta (una volta che tutte avranno aperto) passerà da 718 a 837 sedi, distribuite in base alle indicazioni di legge e alle esigenze dei diversi territori.

In base alla distribuzione adottata, alla popolazione iscritta all'anagrafe al 31 dicembre 2012 e alla estensione territoriale di ciascun municipio [Tav. 7.1.1], emerge che:

- non essendo previste, in questa fase, nuove aperture di Farmacap, il peso relativo delle sedi comunali diminuirà sia a livello cittadino (dal 6,5% al 5,6%) sia a livello di quasi tutti i singoli municipi;
- il rapporto tra il numero di sedi e abitanti aumenta per legge da una ogni 4.000 a una ogni 3.300, con la conseguenza che se prima questo valore oscillava da 0,5 del Municipio ex VIII a 2,2 del Municipio ex I, in futuro tale variazione sarà meno accentuata, passando da 0,7 (ex VIII e ex XX) a 1,8 (ex I);

Tav. 7.1.1 Distribuzione territoriale delle farmacie di Roma Capitale (2012)

Variabili cittadine			2012					Post completa applicazione DGCa 157/2012				
Municipi	Residenti al 31-12-2012	Estensione territoriale (kmq)	Totali	di cui Farmacap	Farmacap su totali	Totali ogni 4.000 residenti	Totali ogni kmq	Nuove farmacie da aprire	Totali	Farmacap su totali	Totali ogni 3.300 residenti	Totali ogni kmq
I	133.590	14,3	72	1	1,4%	2,2	5,0	0	72	1,4%	1,8	5,0
II	122.477	13,7	44	0	-	1,4	3,2	0	44	-	1,2	3,2
III	51.790	5,9	20	0	-	1,5	3,4	0	20	-	1,3	3,4
IV*	205.719	97,8	50	7	14,0%	1,0	0,5	8	58	12,1%	0,9	0,6
V	177.737	49,2	42	4	9,5%	0,9	0,9	7	49	8,2%	0,9	1,0
VI	123.268	7,9	39	1	2,6%	1,3	4,9	0	39	2,6%	1,0	4,9
VII*	125.029	19,1	32	5	15,6%	1,0	1,7	3	35	14,3%	0,9	1,8
VIII*	256.416	113,4	32	6	18,8%	0,5	0,3	24	56	10,7%	0,7	0,5
IX	125.546	8,1	45	1	2,2%	1,4	5,6	0	45	2,2%	1,2	5,6
X*	185.032	38,7	40	5	12,5%	0,9	1,0	9	49	10,2%	0,9	1,3
XI	134.351	47,3	35	1	2,9%	1,0	0,7	3	38	2,6%	0,9	0,8
XII	179.248	183,2	34	3	8,8%	0,8	0,2	12	46	6,5%	0,8	0,3
XIII*	230.996	150,6	36	6	16,7%	0,6	0,2	18	54	11,1%	0,8	0,4
XV	153.817	70,9	33	2	6,1%	0,9	0,5	7	40	5,0%	0,9	0,6
XVI	143.504	73,1	38	0	-	1,1	0,5	2	40	-	0,9	0,5
XVII	68.132	5,6	32	0	-	1,9	5,7	0	32	-	1,5	5,7
XVIII	137.566	68,7	29	2	6,9%	0,8	0,4	6	35	5,7%	0,8	0,5
XIX	189.512	131,3	40	3	7,5%	0,8	0,3	9	49	6,1%	0,9	0,4
XX	160.423	186,2	25	0	-	0,6	0,1	11	36	-	0,7	0,2
TOT	2.904.153	1.285	718	47	6,5%	0,99	0,6	119	837	5,6%	0,95	0,7

(*) Nelle farmacie di Farmacap sono state conteggiate anche quelle previste in pianta organica, ma in attesa di apertura.

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale, Open data di Roma Capitale, ordinefarmacistiroma.it, federfarma.it, farmacap.it, Ufficio di Statistica di Roma Capitale.

– l'indice di superficie a livello romano aumenterà di 0,1, passando da 0,6 a 0,7 farmacie/kmq, e se prima della delibera di istituzione delle nuove sedi farmaceutiche il valore variava da un minimo di 0,1 a un massimo di 5,7 - rispettivamente dei Municipi ex XX e ex XVII, quando la delibera troverà piena applicazione, il valore di massimo (Municipio ex XVII) resterà immutato, mentre varierà solo il livello minimo, che salirà a 0,2 nel Municipio ex XX.

La dotazione di farmacie per abitante può, tra altri fattori, essere considerato una proxy dell'interesse economico che può avere un farmacista privato a stabilirsi in quel territorio e dunque, al contrario, è nei territori meno serviti che c'è maggiore necessità di aprire strutture pubbliche.

Assunta questa ipotesi, la si può verificare sia nei municipi centrali di Roma (ex: I, II, III, XVII) e nell'ex IX, dove il valore dell'indice di dotazione di farmacie per

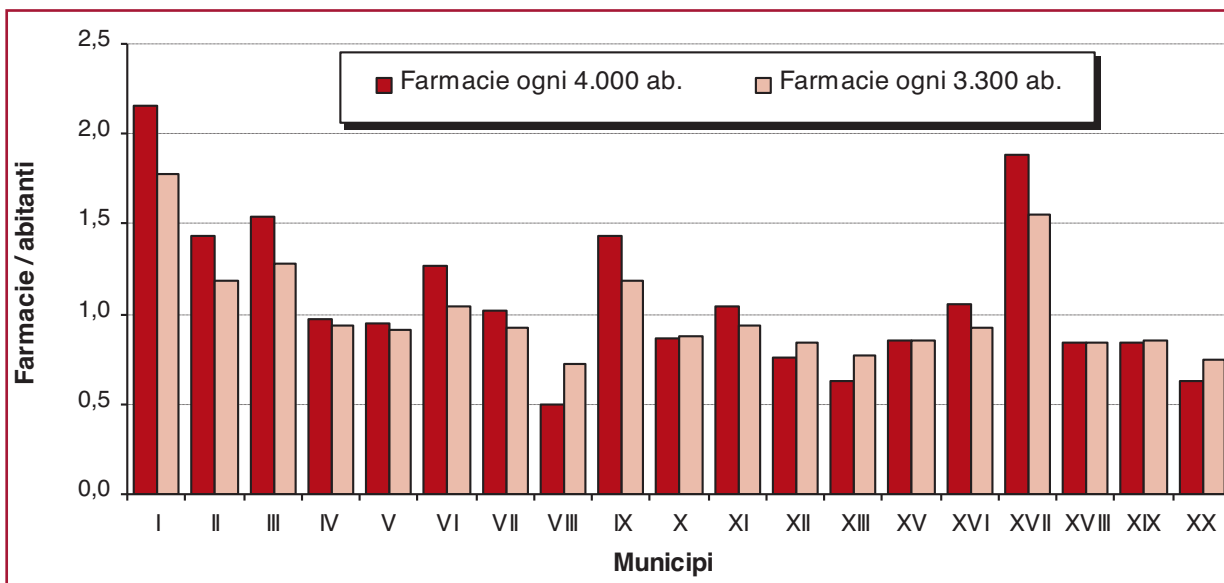
abitante è sempre maggiore di uno sia nella situazione precedente sia successiva alla completa applicazione della DGCa 157/2012; d'altronde, anche i municipi che presentavano la situazione più critica come l'ex ottavo, l'ex tredicesimo e l'ex ventesimo, vedono il loro indice rimanere sempre minore di uno nonostante le previste nuove aperture [Fig. 7.1.1].

Il posizionamento delle farmacie comunali a Roma è il risultato di una stratificazione di politiche che di volta in volta hanno fissato diversi obiettivi di pubblico interesse da perseguire ed è concentrato in prevalenza sia nella parte est della città, in cui insistono quartieri densamente popolati e di estrazione popolare, sia in zone poco densamente popolate, come quelle prossime al GRA o quelle nei Municipi ex XII e ex XIII.

Probabilmente alcune di queste farmacie, aperte in passato in zone di nuova urbanizzazione, sono adesso inserite in quartieri dove coesistono con la presenza di farmacie private; in questi casi, sempre

Fig. 7.1.1

Indice di dotazione di farmacie per abitante di Roma Capitale (2012)



Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale, Open data di Roma Capitale, ordinesfarmacistoroma.it, federfarma.it, farmacap.it, Ufficio di Statistica di Roma Capitale.

con l'obiettivo del perseguimento dell'interesse pubblico di migliorare l'accesso al farmaco e ai servizi derivati a tutti i cittadini, si potrebbe forse prendere in considerazione un trasferimento di licenza a titolo oneroso (es. la sede del primo municipio) e aperture in zone dove i farmacisti privati sono restii ad aprire nuove sedi.

Sempre considerato l'obiettivo di favorire l'accesso al farmaco a tutti i cittadini, possiamo osservare dal punto di vista territoriale come non solo il numero di farmacie, ma anche la notevole differenza di estensione dei diversi municipi faccia sensibilmente variare l'indice di dotazione di farmacie per unità di superficie (Fig. 7.1.2).

Dalla correlazione tra l'indice della superficie municipale servita da ogni farmacia (farmacie per kmq) e l'indice degli abitanti che fruiscono di ogni farmacia (abitanti del municipio diviso il numero di farmacie che insistono sul territorio municipale), emergono tre gruppi distinti (Fig. 7.1.3):

- un primo gruppo formato dai Municipi ex I, II, III, VI, IX e XVII in cui la delibera di Giunta Capitolina non ha avuto effetti (non essendo aumentato il numero di farmacie da aprire in questi municipi) e che si posizionano nel quadrante in basso a sinistra della figura (contrassegnato da triangoli neri ed evidenziato da un ellisse con linea tratteggiata nera), ossia ove è minima sia l'estensione teorica di territorio servita da ogni sede farmaceutica, sia il numero di abitanti che ne fruiscono;

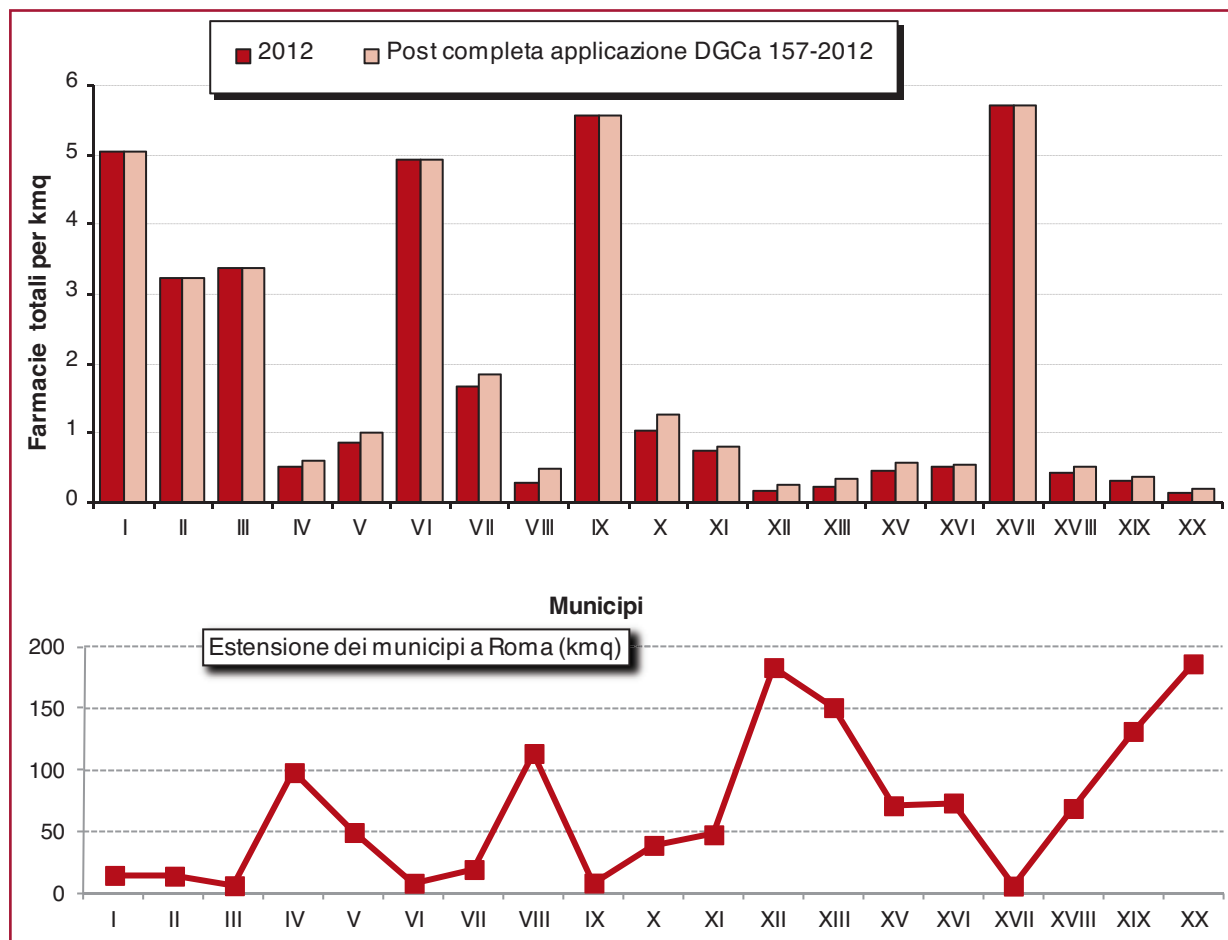
- il gruppo contrassegnato da quadrati neri, che descrive la situazione nei restanti municipi prima dell'applicazione della DGCa 157/2012; in questo gruppo possiamo notare che in alto a destra ci sono i municipi con territorio maggiormente esteso e in cui il rapporto tra abitanti e farmacie disponibili è più alto, sono quindi territori in cui il servizio è meno ben distribuito, meno "denso";
- l'ultimo gruppo contrassegnato da un cerchio rosso, che descrive l'effetto post-delibera, in cui possiamo notare che i Municipi ex VIII, XII, XIII e XX, migliorano nettamente la loro posizione spostandosi verso il basso e la sinistra della figura, verso cui tendono d'altronde anche tutti gli altri municipi, la cui "nube nera" si sposta verso sinistra e un poco in basso, diventando "nube rossa".

7.1.3 Benchmarking

I confronti dimensionali sull'offerta di farmacie sono stati effettuati tra Roma e le otto maggiori città italiane, ovvero: Milano, Napoli, Torino, Palermo, Genova, Bologna, Firenze e Bari (Tav. 7.1.2). Mentre nelle tre città meridionali non ci sono farmacie comunali, a Roma e Genova esse rappresentano circa 1/20 dell'offerta totale, mentre nelle altre città questo indice varia dal 12% al 20%.

A Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli e Torino, il numero di abitanti serviti da ogni farmacia è già minore o notevolmente minore di 3.300, a Bari è praticamente pari a questa soglia mentre solo a Roma e

Fig. 7.1.2 **Indice di dotazione di farmacie per unità di superficie dei municipi romani (2012)**



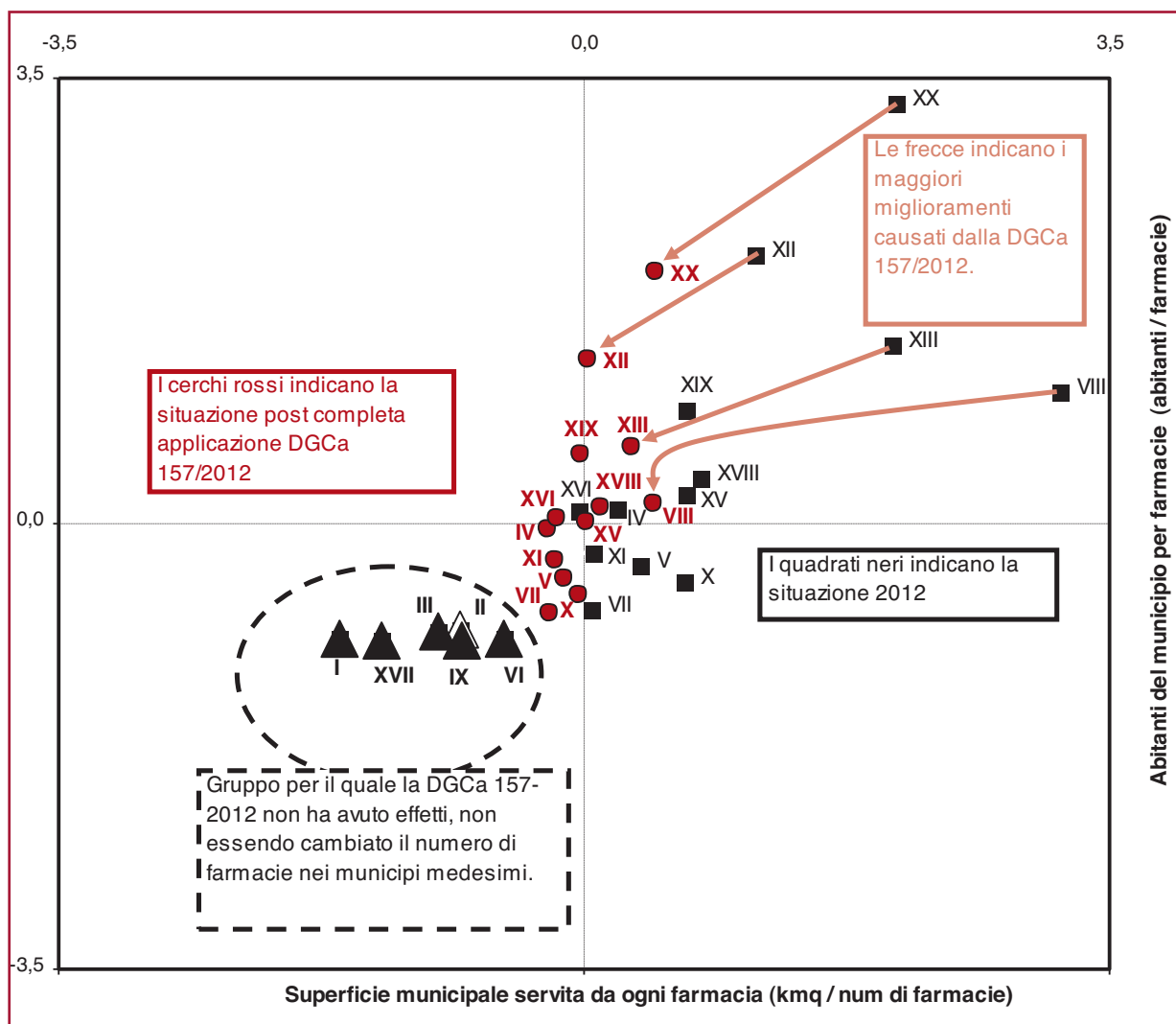
Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale.

Palermo il numero di farmacie potrà crescere notevolmente in applicazione del decreto liberalizzazioni. Incrociando gli indici di superficie (farmacie per 100 kmq) e per abitanti (abitanti per farmacia), possiamo suddividere le città oggetto di benchmarking in 3 gruppi: il primo fa emergere Milano, Napoli e Torino dove l'offerta è uguale o superiore alla media sia relativamente al numero di farmacie per abitante sia alla densità territoriale delle farmacie; il secondo gruppo, formato da Roma e Palermo, si posiziona totalmente all'opposto del primo, con indice di superficie e per abitante sotto la media e infine un gruppo intermedio (Bari, Bologna, Firenze, Genova), in cui l'indice per abitanti è uguale o sopra la media, ma non quello di superficie. Oltre alla gestione delle farmacie comunali, Farmacap ha avuto l'incarico dall'Amministrazione capitolina di erogare i servizi di teleassistenza e telesoccorso (cfr. "Studio sui servizi della persona disabile a Roma" pubblicato dall'Agenzia nel luglio 2013). Il telesoccorso consiste nell'assistenza a persone anziane che necessitano di un monitoraggio 24 ore

su 24 e prevede l'installazione al domicilio dell'assistito di un'apparecchiatura collegata alla linea telefonica e di un "orologio" (un cinturino da allacciare al polso che monitora determinati parametri e invia un allarme in caso di anomalie (svenimenti, immobilità sospette, stati di incoscienza, ipotermia, bracciale tolto dal polso, batteria scarica). L'allarme può essere trasmesso anche manualmente tramite pressione di un pulsante. L'allarme viene inviato alla centrale operativa di Farmacap che lo gestisce secondo il protocollo stabilito con l'Amministrazione. La teleassistenza si configura nella gestione di un servizio di compagnia a distanza, a favore di utenti anziani in situazione di solitudine temporanea o strutturata, con l'utilizzo del mezzo telefonico. Il servizio viene garantito 7 giorni su 7, fino alle ore 18, in raccordo con il servizio di telesoccorso. Nel 2009 gli utenti serviti erano 4.131 per la teleassistenza e 3.338 per il telesoccorso; nel 2011 gli utenti sono invece scesi a 2.732 per la teleassistenza e a 2.122 per il telesoccorso.



Fig. 7.1.3 Offerta di farmacie a Roma nel 2012 e post completa applicazione DGCa 157/2012



Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute di Roma Capitale.

Tav. 7.1.2 Numerosità e distribuzione delle farmacie nelle 9 maggiori città italiane (2012)

Città	Farmacie comunali	Farmacie totali	Comunali su totali	Abitanti per farmacia	Farmacie per 100 kmq	Farmacie per 4.000 abitanti
Bari	0	96	0%	3.330	83	1,2
Bologna	22	125	18%	3.065	89	1,3
Firenze	21	117	18%	3.192	115	1,3
Genova	11	216	5%	2.818	89	1,4
Milano	84	423	20%	3.164	232	1,3
Napoli	0	339	0%	2.825	290	1,4
Palermo	0	170	0%	3.836	107	1,0
Roma	43	718	6%	3.869	56	1,0
Torino	33	278	12%	3.265	214	1,2
Media	24	276	9%	3.263	141	1,2

Fonte: elaborazioni Agenzia su dati ordinesfarmacistiroma.it, federfarma.it, farmacap.it, istat.it e Roma Capitale.

7.2 Servizi cimiteriali

7.2.1 Evoluzione del quadro normativo e contrattuale

La disciplina delle attività di vigilanza sanitaria e dei servizi cimiteriali cui l'Amministrazione deve attenersi in occasione del decesso di ogni cittadino, nel rispetto della dignità e delle diverse convinzioni religiose e culturali, è sottoposta al rispetto del Testo Unico delle leggi sanitarie (RD 1265/1934), integrato e innovato dal Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR 285/1990 e successive circolari ministeriali interpretative).

In anni più recenti, per rispondere al cambiamento degli usi e dei costumi in ambito sepolcrale, sono state emanate la L. 130/2001 che disciplina la materia della cremazione e della conservazione o dispersione delle ceneri e il conseguente Decreto del 1 luglio 2002 del Ministero dell'Interno che ne fissa le tariffe. La norma è stata recepita dalla Regione Lazio con LR 4/2006, cui ha subito seguito l'approvazione a Roma (DD 3139/2006) delle modalità organizzative di gestione delle richieste del servizio di cremazione, di affidamento dell'urna cineraria e di dispersione delle ceneri del defunto.

I cimiteri appartengono al demanio comunale (art. 824 del c.c.) e la gestione dei servizi necroscopici e cimiteriali, anche perché esplicitamente previsti dal D.M. 28 maggio 1993, è a pieno titolo classificabile come servizio pubblico locale; la titolarità del servizio, che deve tenere conto della necessità di garantire l'igiene, la salute pubblica e il rispetto della legislazione sovraordinata, è quindi in capo a Roma Capitale.

Il vigente Regolamento di polizia cimiteriale, approvato con DCC 3516/1979, stabilisce chi ha diritto ad essere sepolto nel territorio comunale, le modalità di espletamento delle funzioni cimiteriali (inumazioni, esumazioni, tumulazioni, traslazioni e cremazioni), le concessioni (di loculi, di tombe, ecc.), l'esecuzione di lavori sia sui manufatti cimiteriali sia su epigrafi e segni funerari, le opere di giardinaggio, la pulizia dei manufatti, la polizia e il personale dei cimiteri.

La gestione del servizio a Roma, inteso come insieme unitario dei servizi cimiteriali, di trasporto e onoranza funebre e dei servizi necroscopici, in precedenza gestito in economia, è stato affidato sin dal 1998 ad Ama s.p.a. (allora Azienda Speciale).

Nell'ambito dei poteri di indirizzo del Consiglio Comunale, con DCC 42/2005 sono stata emanate le linee guida per la definizione del contratto di servizio da stipulare con Ama per la gestione dei servizi

funebri e cimiteriali; con successiva DGC 74/2007 (modificata e integrata dalla DGC-CS 61/2008 in tema di cremazioni) è stato quindi approvato dalla Giunta il relativo contratto di servizio, valevole per sei anni dalla data di sottoscrizione. Scaduto a maggio 2013, la sua validità è stata prorogata fino al 31 dicembre 2013 con DGCa 254/2013.

La struttura organizzativa dedicata di Ama offre servizi e operazioni cimiteriali (inumazione, esumazione, tumulazione, estumulazione e cremazione), servizi necroscopici (anagrafe e polizia mortuaria), gestione concessioni (assegnazioni, rinnovi, retrocessioni aree e loculi) e gestione ordinaria (manutenzione aree e verde, illuminazione votiva - solo al Laurentino -, URP, call center).

Nel regolare i rapporti tra Amministrazione Comunale e Ama, il vigente contratto definisce, per ciascuno dei servizi erogati, obiettivi e livelli di servizio attesi, nonché forme di indennizzo all'utenza per mancato rispetto degli standard qualitativi specifici e eventuali penalità a favore dell'Amministrazione per mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per gli standard qualitativi generali.

Il servizio di illuminazione votiva nei restanti cimiteri romani viene invece svolto in regime di privativa da Acea Distribuzione s.p.a. in virtù di un atto concessorio che risale ormai a settanta anni fa. Proprio in tema di illuminazione votiva, il Consiglio di Stato, sez. V, 11 agosto 2010, n. 5620, ha ribadito la qualificazione del rapporto intercorso tra la società e l'Amministrazione comunale come concessione di servizio pubblico e non di concessione di lavori, ritenendo che l'illuminazione elettrica votiva di aree cimiteriali da parte del privato costituisca oggetto di concessione di servizio pubblico locale a rilevanza economica e fruizione individuale perché richiede che il concessionario impegni capitali, mezzi, personale da destinare ad un'attività economicamente rilevante in quanto suscettibile, almeno potenzialmente, di generare un utile di gestione e, quindi, di riflettersi sull'assetto concorrenziale del mercato di settore.

Più recentemente, l'art. 34 comma 26 del decreto-legge 18 ottobre 2012 n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012 n. 221, ha cancellato l'illuminazione votiva dall'elenco dei servizi pubblici a domanda individuale: il servizio dovrà quindi essere ora affidato ai sensi dell'art. 30 o dell'art. 125 del Codice dei appalti pubblici (D.Lgs. 163/2003).

Sul tema dell'affidamento dei servizi di gestione

delle camere mortuarie ed obitoriali e dei servizi cimiteriali ad imprese di onoranze funebri, si è espressa l’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM, AS392 del 23 maggio 2007) nella sua attività di segnalazione e consultiva, riferendosi in particolare al caso in cui un’impresa controllata da amministrazioni comunali operi nei mercati locali delle onoranze funebri (come appunto nel caso di Ama) estendendo così su altri mercati i privilegi acquisiti in virtù della natura di imprese comunali. L’AGCM ha auspicato la risoluzione delle evidenti problematiche concorrenziali e di incompatibilità attraverso la chiara separazione (non solo contabile) fra i servizi di onoranze funebri e i diversi servizi pubblici che si connotano per un prevalente interesse igienico-sanitario o di carattere pubblico-sociale.

7.2.2 Organizzazione del servizio, evoluzione dell’offerta

Le aree cimiteriali di Roma Capitale sono undici, di cui tre definite come urbane (Verano, Flaminio - Prima Porta e Laurentino) e otto classificate come suburbane e precisamente: Castel di Guido, Cesano, Isola Far-

nese, Maccarese, Ostia Antica, S.M. del Carmine (Parrocchietta), San Vittorino e S.M. di Galeria.

Con il termine servizi funebri e cimiteriali si intende, oltre alla gestione ordinaria del servizio, lo svolgimento di tutte le operazioni cimiteriali, la cremazione, le attività di polizia mortuaria e la gestione dei servizi necroscopici e obitoriali. Come si può ben comprendere, si tratta di servizi che, per il momento particolarmente delicato in cui vengono resi, devono saper coniugare il rispetto per la persona scomparsa ed il dolore dei familiari con la necessità procedere ad una tempestiva e decorosa sepoltura.

Le attività cimiteriali vengono comunemente classificate in ‘principali’, cioè il vero e proprio servizio pubblico locale soggetto a regime concessorio, ed ‘accessorie’: le prime consistono essenzialmente nelle inumazioni, tumulazioni, cremazioni, esumazioni, estumulazioni e traslazioni di salme o resti mortali; le seconde, invece, sono tutte le attività di costruzione edilizie di tombe su incarico di privati concessionari, di fornitura di marmi, ornamenti floreali e funerari, scritte su tombe e similari.

Per comprendere pienamente l’entità e la complessità dei servizi gestiti da Ama, è sufficiente esaminare

Tav. 7.2.1 Servizi, operazioni e attività nei cimiteri di Roma Capitale

Servizi, operazioni e attività	2010	2011	2012	Variaz. 2010-12
SERVIZI E OPERAZIONI CIMITERIALI				
Inumazioni (sepulture a terra salme e resti mortali)				
n. operazioni	4.619	6.172	6.207	34%
Tumulazioni (sepulture in tomba privata o in luculo)				
n. operazioni	16.994	16.705	18.048	6%
Cremazioni (salme e resti mortali)				
n. autorizzazioni rilasciate	8.706	9.608	10.595	22%
Estumulazioni (disseppellimento da tomba o loculo)				
n. operazioni	4.940	6.910	6.441	30%
SERVIZI NECROSCOPICI				
Polizia mortuaria (anagrafe mortuaria)				
n. salme sepolte a Roma	22.106	20.733	20.495	-7%
GESTIONE E MANUTENZIONE ORDINARIA				
Illuminazione votiva Laurentino				
n. utenze attive	14.620	15.844	16.327	12%
Relazioni con il pubblico - call center				
n. telefonate	21.326	28.935	38.822	82%
Relazioni con il pubblico - URP				
affluenza n. clienti	24.534	24.168	20.742	-15%
GESTIONE CONCESSIONI				
Concessione loculi (nuove assegnazioni e rinnovi)				
n. concessioni	11.013	10.506	10.991	0%
Concessione aree per manufatti privati (aree assegnate)				
n. aree concesse	361	308	281	-22%

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Ama e Ufficio di Statistica di Roma Capitale.

i dati relativi alle principali operazioni cimiteriali effettuate nel corso del periodo 2010-2012 (Tav. 7.2.1). A fronte di un numero di salme sepolte a Roma in lieve diminuzione nel triennio (-7%) e alla forte crescita (+30%) delle estumulazioni (disseppellimenti da tomba o loculo) a causa delle scadenze trentennali delle concessioni, sono notevolmente aumentate alcune operazioni cimiteriali quali le inumazioni (+34%) e le cremazioni (+22%), mentre le sepolture in tomba privata o loculo crescono meno (+6%). Questo aumento generalizzato delle prestazioni effettuate da Ama si è riflesso anche sui canali di contatto, con l'82% in più di telefonate gestite dal call center, canale privilegiato dagli utenti rispetto agli accessi fisici allo sportello dell'URP (-15%).

7.2.3 Costi e tariffe

La prima semplificazione tariffaria e adeguamento degli importi delle operazioni dopo il passaggio dalla gestione in economia all'affidamento diretto ad Ama è avvenuto con la DCC 98/2000.

Successivamente alla emanazione del DM 1 luglio 2002 che ha fissato l'importo massimo e i criteri di rivalutazione delle tariffe per la cremazione, l'Amministrazione capitolina, tenuto conto del forte incremento di richieste per le operazioni di cremazione e l'elevata incidenza delle inumazioni sul totale delle sepolture, ha adeguato la disciplina tariffaria (DCC 27/2009) per i servizi di inumazione e cremazione di salme, di resti mortali e di parti anatomiche riconoscibili, e demandato alla Giunta Comunale l'adozione di un apposito provvedimento per la determinazione dei valori tariffari a carico dell'utenza (soggetti ad aggiornamento annuale Istat) che tengano conto dei costi effettivamente sostenuti. La DGC 189/2010 ha successivamente stabilito le tariffe dei suddetti servizi (soggetti ad aggiornamento automatico Istat), prevedendo altresì una riduzione del 10% per i titolari (o loro familiari) di social card e la gratuità nel caso, comprovato dai servizi sociali, di salme di persone indigenti o appartenenti a famiglie bisognose o per le quali vi sia disinteresse da parte dei familiari.

L'ultimo aggiornamento Istat delle tariffe cimiteriali, valido per il 2013, è stato effettuato con DD 5977/2012 e prevede, a titolo di esempio, per il loculo per adulti in esterno prima fila una tariffa 1.998,42 euro (cui devono aggiungersi i costi amministrativi, la tumulazione e la muratura - e l'Iva su queste due ultime operazioni - che fanno lievitare il costo per l'utente sino a 2.366,86 euro), per l'inumazione 338,17 euro e per la cremazione di una salma intera 327,60 euro.

Le tariffe così aggiornate vengono poi riproposte ad

approvazione annuale da parte dell'Assemblea Capitolina (da ultima, DAC 38/2012), nell'ambito del provvedimento generale che fissa le tariffe ed i tassi di copertura del costo di gestione dei servizi pubblici a domanda individuale.

Sul fronte dei costi generali del servizio a carico della collettività, con DGCa 70/2012 la Giunta Capitolina ha approvato una manovra per la riduzione di tutti i corrispettivi per contratti di servizio delle aziende appartenenti al Gruppo Roma Capitale, fra cui Ama per la gestione dei servizi funebri e cimiteriali; la quota di corrispettivo netto a carico del comune è stata fissata pari a 10,6 milioni di euro per l'anno 2012. Analizzando il bilancio di esercizio 2012 di Ama, il conto economico per i Cimiteri Capitolini porta il pareggio tra costi e ricavi, pari a 33,4 mln di euro, di cui 11,7 come corrispettivo da contratto di servizio (1,1 mln di euro in più di quanto fissato dalla DGCa 70/2012), che copre quindi il 35% dei costi.

7.2.4 Verifica e monitoraggio della qualità del servizio

Come già evidenziato nelle precedenti Relazioni annuali, nonostante la Commissione di Vigilanza contrattualmente preposta al controllo sulla funzionalità del contratto di servizio e sulla rispondenza dei risultati conseguiti agli obiettivi negoziati, abbia iniziato le sue attività dal dicembre 2008, ad oggi sono stati resi disponibili all'Agenzia (peraltro a cura di Ama) i soli report annuali sulle attività svolte e sul rendiconto economico, mentre non risultano mai essere state effettuate le previste verifiche sulla qualità erogata e percepita, né applicate sanzioni in caso di mancato raggiungimento degli standard generali o indennizzi a favore degli utenti per inosservanza degli standard specifici. Ancora più carente è la situazione relativa alla Carta dei servizi, mai emanata da Ama ancorché contrattualmente prevista (cfr. Par. 3.4).

Negli ultimi anni l'Agenzia si è occupata dei servizi cimiteriali in due occasioni specifiche, oltre alle consuete indagini quantitative annuali sulla qualità della vita e i servizi pubblici locali, secondo l'opinione dei cittadini romani (cfr. Cap. 10).

Nel 2008 l'Agenzia ha effettuato una indagine di qualità erogata e percepita dagli utenti dei servizi cimiteriali nei complessi capitolini del Verano, Flaminio e Laurentino. Le rilevazioni sono state condotte secondo due diverse modalità: 1.200 interviste face-to-face su un campione di visitatori dei cimiteri per la rilevazione della qualità percepita su alcuni temi inerenti il servizio (raggiungibilità e accesso, visita, sicurezza, ambiente e servizi, personale, comunicazione e informazione all'utenza, motivo della visita e livello di soddisfazione), visite mystery

client per ciascuno dei tre complessi cimiteriali effettuate da personale addestrato lungo percorsi predefiniti, per la rilevazione della qualità erogata di alcune tipologie di servizio (accesso al complesso, contatto con personale allo sportello, contatto telefonico, contatto Web, visita all'interno del complesso).

Tramite un modello statistico applicato sui singoli aspetti del servizio, sono stati individuati i fattori che maggiormente contribuiscono alla soddisfazione complessiva dell'utente; le priorità principali (importanza elevata associata a soddisfazione bassa) hanno riguardato la numerosità del personale interno, la sensazione di sicurezza dei visitatori, la manutenzione delle parti pubbliche, l'illuminazione dei viali, la segnaletica di orientamento interna, la distanza tra i punti di sosta, la pulizia e il funzionamento dei servizi igienici.

Il settore è stato poi nuovamente riesaminato nell'ottobre 2010, con uno studio sul servizio di illuminazione votiva nei cimiteri di Roma, analizzandone le principali caratteristiche, il regime e la proprietà dei beni strumentali, la natura del servizio erogato e le modalità di affidamento ed effettuando una indagine comparativa tariffaria su scala nazionale.

7.3 Servizi alla persona

In base all'art. 128 del D.Lgs. 112/1998, per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Sempre il D.Lgs. 112/1998, all'art. 131, ha conferito alle regioni e agli enti locali tutte le funzioni e i compiti amministrativi nella materia dei "servizi sociali", salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato e quelli trasferiti all'INPS. Nell'ambito delle funzioni conferite sono attribuiti ai comuni i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle province. In particolare la legge regionale conferisce ai comuni ed agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi ai minori (inclusi i minori a rischio di attività criminose), i giovani, gli anziani, la famiglia, i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi, i tossicodipendenti e alcool dipendenti e gli invalidi civili

7.2.5 Osservazioni e proposte dell'Agenzia

La prossima scadenza del contratto di servizio, recentemente prorogato al 31 dicembre 2013, unita alla vetustà delle linee guida di indirizzo da parte dell'Assemblea Capitolina (anno 2005, antecedente la nuova disciplina locale sui contratti relativi ai servizi pubblici adottata con DCC 20/2007), suggerisce la necessità per la nuova Amministrazione di riconsiderare l'intera materia dell'affidamento e gestione dei servizi cimiteriali anche alla luce dei risultati sin qui conseguiti, nonché le modalità di eventuale presenza dell'operatore pubblico nel settore delle onoranze funebri.

Sul fronte dell'illuminazione votiva invece, nonostante i solleciti all'Assessore alle Politiche Sociali e il coinvolgimento di numerosi uffici e servizi dell'Amministrazione nonché dello stesso Segretario Generale, non è stato possibile addivenire ad una soluzione delle problematiche evidenziate dall'Agenzia relativamente al rapporto con Acea Distribuzione in merito agli aspetti tariffari, alla durata della concessione e ai relativi eventuali oneri, e alla assenza di un contratto di servizio.

(ad eccezione delle funzioni di erogazione di pensioni, assegni e indennità trasferite all'INPS); oltre ai soggetti pubblici alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, i diversi organismi appartenenti al terzo settore.

A Roma, il Piano Regolatore Sociale approvato con DCC 35/2004, e tutt'ora in attesa di aggiornamento, ha delineato un sistema di programmazione, progettazione e realizzazione dell'offerta cittadina dei servizi e degli interventi sociali, basato su due fondamentali criteri: un sistema articolato su livelli di azione comuni (accesso ai servizi e alle opportunità, welfare di prossimità, welfare residenziale, sociale ed autonomia) ed un'organizzazione per specifiche aree di intervento (segretariato socio-sanitario, minori, anziani, disabili e adulti fragili).

Successivamente, il Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute, sulla base delle linee programmatiche del Sindaco per il mandato amministrativo 2008-2013 (DCC 24/2008) e degli indirizzi politici dell'Assessore competente, ha elaborato una nuova ipotesi di innovazione complessiva dei servizi sociali per la città di Roma, che avrebbe dovuto trovare realizzazione nel nuovo Piano Regola-

tore Sociale (DAC 29/2010). Nel frattempo, a partire dal 2009, sono stati redatti e periodicamente aggiornati i Piani Regolatori Sociali Municipali (tali piani vengono rivisti sia in considerazione delle risorse trasferite dalla Regione Lazio, sia in relazione all'evoluzione dei progetti inseriti nei piani stessi). Dai documenti di lavoro elaborati dall'Amministrazione nell'ambito del processo di redazione del nuovo Piano Regolatore Sociale (e in base alla classificazione utilizzata dall'Istat a partire dal 2003), è possibile ricavare un quadro dell'organizzazione dei principali interventi sociali che si sono stratificati nel tempo sul territorio romano suddivisi per tipologia di destinatari dei servizi:

- servizi multiutenza di carattere generale;
- servizi e interventi per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale;
- servizi e interventi per le persone sottoposte a misure giudiziarie;
- servizi e interventi per i migranti, richiedenti asilo e rifugiati;
- servizi per la salute e per le persone con disabilità e disagio psichico;
- servizi e interventi per le famiglie;
- servizi e interventi per le persone in età evolutiva;
- servizi e interventi per le persone anziane.

Oltre alla suddivisione per tipologia di utenti, è importante ricordare che gli interventi operano a livello trasversale e possono essere distinti in interventi di accoglienza, interventi di tipo intersettoriale e interventi di sostegno economico.

Nell'ambito dei servizi sociali, particolare importanza rivestono i cosiddetti servizi di assistenza domiciliare, sia per la numerosità degli utenti, sia per l'impegno complessivo di risorse, anche di tipo economico, richiesto all'Amministrazione per l'erogazione dei servizi. Proprio per questo motivo, oltre che per quanto di seguito detto, nel presente paragrafo verranno trattati i soli servizi di assistenza domiciliare.

Lo specifico interesse dell'Agenzia su questa tipologia di servizi ha preso avvio nel 2003 con un primo "Studio sull'assistenza domiciliare" finalizzato a proporre un modello organizzativo a supporto dell'Amministrazione nel processo di riorganizzazione del servizio avviato con l'introduzione dell'accreditamento (DGC 1532/2000). Successivamente, in base al Piano Regolatore Sociale, sono state affidate all'Agenzia le attività di valutazione della qualità erogata e percepita delle prestazioni di assistenza domiciliare rese a disabili, minori e anziani dagli enti e soggetti accreditati. L'Agenzia ha quindi pubblicato nel 2006 un "Documento per la consultazione", nel quale ha presentato le modalità

e gli strumenti tramite i quali intendeva procedere all'attività di valutazione; a tale iniziativa non ha fatto però seguito alcun riscontro da parte dell'Amministrazione.

Nel 2013, l'Agenzia ha invece realizzato uno studio sui servizi alla persona disabile in cui ha descritto il sistema di offerta dei servizi domiciliari rivolti esclusivamente ai soggetti diversamente abili.

7.3.1 Evoluzione del quadro normativo, istituzionale e contrattuale

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 definito come "servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona anziana" (SAISA). Nel 1985 nasce il "servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile" (SAISH), 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 servizio di integrazione e sostegno ai minori in famiglia (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 o disagio.

Sin dall'inizio intervengono competenze differenti nell'erogazione di tali servizi: il Comune titolare del servizio per il tramite dei municipi, le ASL per gli aspetti sanitari e terapeutici, e, infine, gli enti erogatori, quasi sempre organismi del terzo settore. Dal dicembre 2000, il sistema subisce una prima importante variazione con la DGC 1532/2000¹ 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 diciannove 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 e fabbisogni 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) 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.

Successivamente, con DGC 479/2006 sono state individuate le tipologie dei pacchetti di servizio per l’assistenza domiciliare (base, di emergenza e/o aggiuntivo e pacchetto famiglia)² che prevedono, per ciascuna area, diversi livelli di intensità legati al bisogno assistenziale del cittadino utente; il costo del servizio viene stabilito sulla base delle prestazioni previste all’interno di ciascun pacchetto.

Poco dopo, 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 (DGCa 355/2012)

Dopo qualche anno, l’eccessiva rigidità dei pacchetti di servizio, il mancato adeguamento dei costi del personale impiegato nei servizi domiciliari e le difficoltà di programmazione per gli enti gestori, hanno indotto l’Amministrazione ad avviare una revisione del sistema degli interventi domiciliari e all’elaborazione di un nuovo modello di assistenza. Tali propositi hanno trovato sistematizzazione nella DGCa 317/2011 con la quale, oltre ad approvare la sperimentazione delle nuove modalità, sono stati scelti quattro municipi 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 per la redazione del nuovo Piano Regolatore Sociale (DAC 29/2010).

Alla fase di sperimentazione ha poi fatto seguito la DGCa 355/2012 che ha definitivamente portato a termine la revisione dei servizi SAISA, SAISH e SISMI 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 e definito il costo medio orario dei diversi interventi, includendo tra di essi anche l’assistenza domiciliare indiretta per disabili e anziani, per l’intera copertura del piano individuale o anche come quota/percentuale dello stesso, ove sussistano i

¹ La DGC 1532/2000 era stata preceduta dalla DGC 755/2000 con la quale si incaricava l’ex Dipartimento V (ora Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute) di coordinare e gestire il progetto di riordino dei servizi alla persona.

² 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.

presupposti previsti all'art. 39, c. 2, lettera I ter, della L. 104/1992 (disabilità grave).

Per quanto riguarda il finanziamento dei servizi, sempre 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.

7.3.2 Organizzazione del servizio, evoluzione della domanda e dell'offerta

IL SAISH -SAISA

A Roma, il SAISH e il 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 Piano individuale di intervento (PII) 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, che prevede interventi individuali e/o di gruppo, si propone di mantenere il più possibile la persona nel proprio ambiente domestico ma al contempo offrire un sostegno al nucleo familiare. 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.

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 pensionabile³. 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.

IL SISMIF

Il SISMIF è un servizio di assistenza domiciliare rivolto a nuclei e minori in difficoltà socio-ambientali. La sua finalità principale è di consentire la permanenza del minore nel suo ambiente di origine, perseguendo il cambiamento e il miglioramento delle condizioni di vita dell'intero nucleo familiare e agendo anche in termini preventivi su fattori di rischio presenti.

Gli interventi svolti in ambito domiciliare e nel contesto di vita allargato del minore consistono prevalentemente in azioni di sostegno dei genitori, laddove risultino carenti o in grave difficoltà a svolgere i compiti genitoriali, e di azioni rivolte direttamente al minore. L'attuazione del servizio prevede la stesura di un Progetto educativo individualizzato (PEI), costruito insieme alla rete dei servizi (ASL e famiglia) e al quale partecipano diverse figure professionali, e un'articolazione degli interventi differenziata in base alla fascia di età dell'assistito e alla cittadinanza (minore italiano o straniero). Per l'accoglimento delle richieste di assistenza, in ogni municipio è presente un referente per il SISMIF.

LE FASI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La richiesta di attivazione del servizio deve essere rivolta al municipio di residenza e, in particolare al Segretariato sociale o, qualora attivati, al servizio PUA o CAUD in caso di disabili.

L'attuazione dei servizi domiciliari prevede invece il compimento di una procedura a più fasi realizzata per ogni singolo utente che ricorre al servizio:

³ Sono esclusi invece dal servizio tutti coloro che presentino 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.

- 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 (nel caso di disabili e anziani) e di un PEI per i minori, definiti con il concorso dei servizi sociali municipali, dei servizi socio-sanitari della ASL, dell'ente gestore (nel caso di forma diretta o mista), dell'interessato e/o della sua famiglia;
- le modalità di attuazione del progetto;
- il monitoraggio e la verifica degli interventi.

L'ACCESSO AL SERVIZIO

Per il SAISH e il SAISA, 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 cittadino. 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. Nel caso del SISMIF l'intervento domiciliare è richiesto dal servizio municipale o dai servizi ASL che hanno in carico il caso (case manager) e la scelta dell'organismo gestore è affidata al servizio sociale municipale.

La richiesta avviene tramite una segnalazione in forma scritta da parte del case manager su apposita scheda di segnalazione, dove sono registrate le informazioni sul minore e sul nucleo familiare, comprese le valutazioni emerse a seguito di visita domiciliare; una volta ricevuta la segnalazione, il referente del SISMIF e il case manager compilano la scheda di valutazione del bisogno e definiscono il PEI.

LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Per tutti i servizi di assistenza domiciliare la formazione della graduatoria è rimessa al servizio sociale e ai competenti servizi della ASL che, dopo aver compiuto l'istruttoria relativa a una nuova domanda di accesso comprensiva della valutazione del bisogno assistenziale e della predisposizione del PII o del PEI, provvedono al suo inserimento nella graduatoria che definisce la priorità d'accesso ai servizi qualora, in caso di mancata disponibilità di bilancio, non sia possibile l'immediata presa in carico della persona richiedente.

I LIVELLI ASSISTENZIALI

Al fine di realizzare il PII o il PEI 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 di diverse dimensioni tra cui la condizione personale, il livello di autosufficienza e di autonomia, la rete familiare, la rete sociale, la condizione economica e quella socio ambientale.

Per il SAISH e il SAISA possono essere definiti quattro livelli di intensità assistenziale: alto, medio-alto, medio e basso, mentre per il SISMIF i livelli assistenziali si riducono a tre: alto, medio e basso. Per tutti i servizi di assistenza, 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. L'assistenza è solitamente fornita in via diretta, anche se tramite soggetti accreditati, mentre solo nel caso di cittadini disabili è possibile intervenire in via indiretta mediante un contributo economico a copertura delle spese di assistenza personale.

Per quanto riguarda l'assistenza diretta, la stessa può sostanzarsi in tipologie di intervento che risultano diversificate in base alla tipologia dell'assistito (utenti SAISH/SAISA e minori assistiti in SISMIF). Mentre per il SISMIF le tipologie di interventi si differenziano solo in attività individuali e di gruppo, i pacchetti SAISH/SAISH possono comprendere le seguenti attività:

- attività di assistenza individuale svolta prevalentemente presso l'abitazione del cittadino;
- attività assistenza famiglia, 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, da realizzarsi tramite esperienze di socializzazione e relazionali svolte anche fuori dell'ambiente domestico presso strutture esistenti sul territorio o presso l'abitazione di uno degli assistiti componenti il gruppo;
- attività flessibile, con finalità di soddisfare pre-

valentemente le esigenze temporanee dell'utenza (indipendentemente dal livello di bisogno), per un periodo non superiore a 3 mesi.

La forma di assistenza indiretta, attuabile solo nel caso di cittadini disabili (ovvero anziani ma comunque disabili)⁴ si caratterizza come un intervento di aiuto personale, finalizzato a rispondere a bisogni strettamente assistenziali e si concretizza attraverso un sostegno economico erogato dall'Amministrazione. Il contributo viene erogato a copertura totale o parziale dei costi sostenuti 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. Tale forma di assistenza, al pari di quella mista - che contempla l'attivazione di interventi di assistenza diretta e indiretta - non è prevista per il SISMIF.

I DATI SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEI MUNICIPI DI ROMA

In questo paragrafo saranno presentati i dati sull'assistenza domiciliare contenuti nella Relazione al rendiconto 2012 di Roma Capitale (DAC 45/2012), limitatamente al numero di utenti assistiti (in base alle diverse modalità ed eventuale compartecipazione alla spesa per il servizio) e a quelli rimasti in lista di attesa.

Per quanto riguarda il SAISH con assistenza diretta, nel 2012 il numero totale di utenti è stato di 4.612 di cui 3.912 (pari all'85%) servito in assistenza diretta e 700 assistiti con interventi di assistenza indiretta. Il totale degli utenti in lista di attesa è stato invece di 1.825, poiché in molti municipi non è stato possibile effettuare alcun inserimento, mentre è inferiore a 10 il numero di utenti in lista di attesa nei Municipi ex I, III, XVI e XVII. Volendo valutare in chiave comparativa il livello di copertura del servizio nei vari municipi, è possi-

bile utilizzare la percentuale di utenti serviti ogni 1.000 abitanti residenti in base alla popolazione di riferimento per ogni servizio. Per quanto riguarda il SAISH, la popolazione di riferimento è costituita dagli abitanti iscritti in anagrafe al 31 dicembre 2012 di età compresa tra 18 e 65 anni.

Il municipio dove si è registrato il maggior numero percentuale di utenti con assistenza diretta è il Municipio ex XI (3,2%) mentre il minor numero si è avuto nel Municipio ex I (1,2%), con valore medio su Roma pari 2,1%. Gli interventi di tipo indiretto (media cittadina pari a 0,4%) sono stati più numerosi nel Municipio ex XVII (0,6%) mentre il loro numero è minimo nel Municipio ex XX (0,1%). Rispetto a una media cittadina dell'1%, la maggior percentuale di cittadini in lista di attesa ogni mille abitanti si è riscontrata nel Municipio ex VIII (1,6%) seguito dal V (1,5%) mentre la percentuale è pari a zero nel Municipio ex XVI [Tav. 7.3.1].

Per quanto riguarda il SAISA, nel 2012 il numero totale di utenti è stato di 4.337 ma solo il 15% degli assistiti (566 utenti) compartecipa alla spesa del servizio mentre il servizio è stato erogato gratuitamente a 3.771 cittadini. I municipi dove si è registrato la maggior percentuale di utenti assistiti per 1.000 abitanti sono il Municipio ex III (12,0) seguito dal XVIII (9,4) mentre la percentuale minore si è avuta nei Municipi ex X e XV (rispettivamente 3,1 e 3,6), a fronte di una media cittadina del 5,3%. La percentuale di abitanti che partecipano in base all'Isee varia dal 3,8% del Municipio ex III allo 0,1% del Municipio ex XV (media Roma, 0,8%). Il fenomeno delle liste di attesa per il SAISA è decisamente rilevante: nel 2012 sono rimasti non ancora presi in carico 3.657 anziani, un numero di poco inferiore a quelli accolti in assistenza. La maggior percentuale di utenti in lista di attesa si è registrata nel Municipio ex VI (12,3%) mentre quella minore nel Municipio ex XVII (0,2%) a fronte di una media cittadina del 5,2% [Tav. 7.3.2].

Per quanto riguarda il SISMIF, il numero totale di assistiti nel 2012 è stato di 814 minori, con un massimo di 90 assistiti nel Municipio ex VII, seguito dai 66 minori del Municipio ex XIII, ed un minimo di 12

⁴ 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 necessitano 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.

Tav. 7.3.1 SAISH: utenti e liste di attesa (2012)

Municipi	SAISH					
	Assistenza domiciliare e/o extra domiciliare		Assistenza domiciliare indiretta		Liste di attesa	
	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti (18-65 anni) (%)	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti (18-65 anni) (%)	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti (18-65 anni) (%)
I	108	1,2	19	0,2	7	0,1
II	172	2,3	22	0,3	60	0,8
III	86	2,7	26	0,8	3	0,1
IV	321	2,5	59	0,5	160	1,3
V	233	2,1	68	0,6	174	1,5
VI	145	1,9	38	0,5	92	1,2
VII	192	2,4	36	0,4	91	1,1
VIII	239	1,4	54	0,3	277	1,6
IX	171	2,2	31	0,4	35	0,5
X	305	2,6	50	0,4	160	1,4
XI	264	3,2	39	0,5	47	0,6
XII	244	2,2	23	0,2	137	1,2
XIII	268	1,8	60	0,4	159	1,1
XV	202	2,1	32	0,3	98	1,0
XVI	217	2,5	33	0,4	2	0,0
XVII	111	2,7	24	0,6	5	0,1
XVIII	211	2,5	26	0,3	107	1,3
XIX	247	2,1	45	0,4	106	0,9
XX	176	1,7	15	0,1	105	1,0
Roma	3.912	2,1	700	0,4	1.825	1,0

Note: nel caso del SAISH, la popolazione assunta a riferimento è costituita dal numero di abitanti iscritti in anagrafe tra 18 e 65 anni.
Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su DAC 45/2012 e dati anagrafici.

nel Municipio ex XVII. Abbastanza contenuto e pari a 205 è stato il numero degli utenti per cui non è stato possibile soddisfare la domanda di assistenza e che sono quindi rimasti in lista di attesa. Le liste di attesa sono assenti in 4 Municipi (ex III, XII, XVI e XVII) e prossime allo zero nei Municipi ex XV e XIX (rispettivamente 1 e 2 utenti in attesa) mentre il numero di domande insoddisfatte è insolitamente alto nel Municipio ex VIII con ben 62 minori in lista di attesa. Utilizzando sempre la percentuale di assistiti ogni 1.000 abitanti di riferimento (che per il SISMIFF sono rappresentati dagli abitanti iscritti in anagrafe tra 0 e 18 anni), si nota come la percentuale di assistiti vari dal 6,6% del Municipio ex III allo 0,7% del Municipio ex XX (media Roma, 1,7%);

la percentuale degli utenti in lista di attesa è quasi sempre inferiore all'1% (eccetto che nei Municipi ex VII e XI, rispettivamente 1,2% e 1,1%) mentre la media cittadina si ferma allo 0,4% [Tav. 7.3.3].

7.3.3 Struttura ed evoluzione costi e tariffe

Per quanto riguarda il costo del servizio, con DGCa 335/2012, per ogni pacchetto dei servizi è stata data una quantificazione economica unitaria del costo orario determinata dal numero di interventi possibili, all'interno di una scala di valori (minimo/massimo) previsti per ciascun livello di intensità assistenziale e in coerenza con le effettive necessità emerse dalla valutazione del biso-

Tav. 7.3.2 SAISA: utenti e liste di attesa (2012)

Municipi	SAISA					
	Assistenza domiciliare e/o extra domiciliare		Assistenza con compartecipazione alla spesa in base all'Isee		Liste di attesa	
	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti anziani (%)	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti anziani (%)	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti anziani (%)
I	255	7,7	17	0,5	102	3,1
II	200	5,8	37	1,1	160	4,6
III	179	12,0	57	3,8	15	1,0
IV	256	4,7	15	0,3	270	5,0
V	185	4,3	17	0,4	260	6,0
VI	168	5,1	24	0,7	409	12,3
VII	163	5,8	29	1,0	205	7,3
VIII	190	4,5	38	0,9	437	10,4
IX	211	5,9	32	0,9	50	1,4
X	140	3,1	10	0,2	450	10,1
XI	281	7,4	67	1,8	224	5,9
XII	145	3,7	16	0,4	103	2,6
XIII	190	3,9	36	0,7	485	10,0
XV	141	3,6	5	0,1	130	3,3
XVI	210	5,3	31	0,8	163	4,1
XVII	149	7,1	31	1,5	4	0,2
XVIII	328	9,4	56	1,6	15	0,4
XIX	208	4,6	15	0,3	35	0,8
XX	172	4,7	33	0,9	140	3,9
Roma	3.771	5,3	566	0,8	3.657	5,2

Note: nel caso del SAISA, la popolazione assunta a riferimento è costituita per quanto riguarda gli uomini dagli abitanti iscritti in anagrafe tra 65 anni e oltre e per le donne dal numero di abitanti iscritti in anagrafe tra 60 anni e oltre.

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su DAC 45/2012 e dati anagrafici.

gno individuale. Di conseguenza, per ogni utente viene definito un “budget individuale” che corrisponde al valore economico complessivo del PII o del PEI, calcolato sulla base del “numero interventi previsti x 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.

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 o del PEI differenziato per livello 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 servizio⁵.

Per l'assistenza diretta e mista SAISH, il valore 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, per il SI-

Tav. 7.3.3 SISMIFF: utenti e liste di attesa (2012)

Municipi	SISMIFF			
	Assistenza domiciliare e/o extra domiciliare		Liste di attesa	
	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti (0-18 anni) (%)	N. utenti	Utenti/1.000 abitanti (0-18 anni) (%)
I	30	2,0	5	0,3
II	24	1,2	7	0,4
III	48	6,6	0	0,0
IV	41	1,3	16	0,5
V	40	1,4	7	0,2
VI	47	2,6	14	0,8
VII	90	4,3	12	0,6
VIII	62	1,2	62	1,2
IX	30	1,7	8	0,4
X	45	1,4	15	0,5
XI	57	2,7	23	1,1
XII	37	1,1	0	0,0
XIII	66	1,5	15	0,3
XV	36	1,4	1	0,0
XVI	51	2,2	0	0,0
XVII	12	1,3	0	0,0
XVIII	44	2,0	14	0,6
XIX	33	1,0	2	0,1
XX	21	0,7	4	0,1
Roma	814	1,7	205	0,4

Note: nel caso del SISMIFF, la popolazione assunta a riferimento è costituita dal numero di abitanti iscritti in anagrafe tra 0 e 18 anni.
 Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su DAC 45/2012 e dati anagrafici.

SMIF, il valore va da un minimo di 3.694 euro all'anno per un livello di intensità assistenziale basso a un massimo 14.208 euro all'anno associati a un livello di intensità assistenziale alto.

COMPARTECIPAZIONE 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 pi-

⁵ Nel caso di un pacchetto famiglia viene 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 prende a riferimento la media tra i valori massimi dei rispettivi intervalli considerati. Per nuclei conviventi con più di due assistiti, dalla terza persone in su, si considererà la metà del budget massimo individuale.

lota 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 permanente grave ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/1992, il si-

stema 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 equipollenti, 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.

7.4 Mobilità per disabili

Nella nostra società moderna, è impossibile integrarsi in modo anche minimamente utile alla vita sociale ed economica se non ci si può spostare liberamente, per ragioni lavorative o di altro tipo. La mobilità non dovrebbe esser considerata come una semplice comodità e neppure come una necessità sociale ed economica, ma come un diritto di ciascuno, con la sola riserva di ragionevoli vincoli economici e tecnici. Questo è tanto più vero per le persone a mobilità ridotta, per le quali la capacità di partecipare alla vita sociale, commerciale, economica, culturale e politica dipende, in modi che non valgono per le altre persone, dalla risoluzione di problemi di mobilità. È tuttavia ampiamente ammesso che facilitare l'utilizzazione dei trasporti da parte dei disabili contribuirebbe anche al perseguimento di obiettivi più ampi, quali il miglioramento del trasporto pubblico, la decongestione, la diminuzione dell'esclusione sociale e la conservazione, per quanto possibile, della mobilità e dell'integrazione delle persone nella collettività. L'Unione europea ha riconosciuto già da tempo l'importanza del problema. Nel 1993 la Commissione europea ha adottato un programma d'azione comunitaria per l'accessibilità dei trasporti⁶ denominato "Verso un'Europa senza ostacoli per i disabili" il cui obiettivo era di accrescere le possibilità di utilizzazione dei trasporti da parte delle persone a mobilità ridotta. Tale programma comprendeva una serie di

misure comunitarie da adottare relativamente a norme tecniche applicabili ai mezzi e alle infrastrutture di trasporto, al rafforzamento della cooperazione sui programmi di informazione e al coordinamento dei programmi di ricerca. Più di recente, la Commissione ha adottato una proposta di direttiva relativa alle disposizioni speciali da applicare ai veicoli adibiti al trasporto passeggeri aventi più di otto posti a sedere oltre al sedile del conducente (autobus e pullman)⁷ che dispone, tra l'altro, che i veicoli destinati ai servizi urbani devono essere accessibili per le persone a mobilità ridotta, comprese le persone su sedia a rotelle. Il progetto di direttiva stabilisce prescrizioni tecniche in materia di accessibilità dei veicoli destinati al trasporto urbano di passeggeri, riconoscendo la necessità di estendere tale accessibilità ai veicoli di trasporto interurbano. Particolare attenzione è stata inoltre dedicata alle esigenze delle persone a mobilità ridotta nel quadro di numerosi programmi di ricerca dell'Unione europea. È opportuno citare in proposito una serie di progetti riguardanti gli autobus a pianale ribassato, la messa a punto di sistemi urbani che integrano le persone a mobilità ridotta, nonché i lavori di ricerca sulle interfacce viaggiatori e l'accessibilità dei sistemi ferroviari.

Non è sufficiente rendere più accessibili i mezzi di spostamento e le informazioni sui trasporti se non si procede ad una revisione completa in tutta la ca-

⁶ COM(1993) 433 definitivo

⁷ COM(1997) 276 definitivo

tena del trasporto. Un autobus o un treno accessibili non sono molto utili se le persone a mobilità ridotta non possono raggiungere la fermata dell'autobus o la stazione o se non possono utilizzare il distributore automatico di biglietti. Per colmare tali lacune, si tratta di creare un quadro che consenta di esaminare le questioni di accessibilità tenendo conto al tempo stesso dei sistemi di trasporto, degli edifici e delle altre aree pubbliche. Un tale contesto comprende evidentemente una maggiore collaborazione tra le varie politiche e i livelli di amministrazione⁸.

A livello nazionale, in base a quanto stabilito dall'art. 27 della L. 118/1971 (attuato dal DPR 84/1978), i servizi di trasporto pubblico ed in particolare i tram e le metropolitane dovranno essere accessibili agli invalidi non deambulanti. Inoltre l'art. 26 della L. 104/1992 impone alle Regioni e ai Comuni di assicurare la mobilità ai disabili anche là dove il trasporto pubblico non è accessibile, mentre il DPR 503/1996, agli artt. 24 e 25, fornisce una serie di prescrizioni atte a favorire l'accessibilità delle infrastrutture per il trasporto. L'art. 24, che riguarda tramvie, filovie e metropolitane, prescrive che su tali mezzi di trasporto devono essere riservati, a persone con limitate capacità motorie deambulanti, almeno tre posti a sedere in prossimità della porta di uscita, e che all'interno di almeno un'autovetture del convoglio deve essere riservata una piattaforma di spazio sufficientemente ampio per permettere lo stazionamento di sedia a ruote, senza intralciare il passaggio e tale spazio riservato deve essere dotato di opportuni ancoraggi, collocati in modo idoneo per consentire il bloccaggio della sedia a ruote. Nelle stazioni metropolitane devono essere agevolati l'accesso e lo stazionamento su sedia a ruote, anche con l'installazione di idonei ascensori e rampe a seconda dei dislivelli, al fine di consentire alle persone non deambulanti di accedere con la propria sedia a ruote al piano di transito della vettura della metropolitana; inoltre i veicoli adibiti al trasporto in comune di persone su strada ad uso pubblico devono rispondere alle caratteristiche costruttive di cui al decreto del Ministro dei trasporti 18 luglio 1991⁹. L'art. 25 invece riguarda i treni e le stazioni ferroviarie, le quali devono essere dotate di passerelle, rampe mobili o altri idonei mezzi di elevazione al fine di facilitare l'accesso alle stesse

ed ai treni alle persone con difficoltà di deambulazione, in assenza di rampe, ascensori, o altri impianti necessari per un trasferimento da un marciapiede ad un altro, il disabile su sedia a ruote può utilizzare i passaggi di servizio a raso purché accompagnato da personale di stazione appositamente autorizzato, ad integrazione di quanto previsto dall'art. 21 del DPR 753/1980. Il sistema di chiamata per l'espletamento del servizio di assistenza, deve essere realizzato nelle principali stazioni presenziate dal personale ferroviario, mediante l'attivazione di appositi centri di assistenza, ma tali norme non risultano vincolanti per gli impianti delle stazioni e delle fermate impresenziate, sprovviste cioè di personale ferroviario sia in via temporanea che in via permanente.

Per quanto riguarda il servizio taxi, l'art. 14 della L. 21/92 al c. 1 e 2 prevede che anche i servizi di taxi e di noleggio con conducente debbano essere accessibili a tutti i soggetti portatori di handicap, chiedendo ai comuni di dettare le norme per stabilire le specifiche condizioni di servizio per il trasporto di soggetti portatori di handicap, nonché il numero e il tipo di veicoli già esistenti da attrezzare anche al trasporto di soggetti portatori di handicap di particolare gravità, in attuazione della L. 118/1971 e del regolamento approvato con DPR 384/1978. Va però evidenziato che la L. 104/92, art. 26, c. 2¹⁰ stabilisce che il servizio pubblico di trasporto dei disabili, mediante taxi ovvero con mezzi attrezzati, non costituisce una prestazione obbligatoria e debba essere erogato nei limiti delle disponibilità finanziarie dell'ente locale.

La circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone disabili è consentita, purché ciò non costituisca grave intralcio al traffico, nelle zone a traffico limitato, nelle aree pedonali urbane, nelle corsie preferenziali aperte ai mezzi pubblici e taxi, se sul mezzo è esposto l'apposito contrassegno personale, rilasciato dal comune di residenza, e valido su tutto il territorio nazionale (DPR 503/1996, artt. 11 e 12). Inoltre il DPR 384/78 prevede l'istituzione di appositi parcheggi per agevolare la mobilità dei disabili e l'art. 28 della L. 104/1992 impone ai comuni di mettere a disposizione parcheggi per disabili, sia in quelli gestiti direttamente o dati in concessione, sia in quelli realizzati e gestiti da privati.

⁸ COM (2000) 284 definitivo

⁹ Tutti gli autobus sia a uso pubblico che privato, con numero di posti superiore a 9 adibiti al trasporto in comune di persone con handicap e altri passeggeri, compreso quelli adibiti al trasporto scolastico, devono rispondere a determinate prescrizioni tecniche, tali da permettere l'accesso a persone non deambulanti e su sedia a rotelle.

¹⁰ I comuni assicurano, nell'ambito delle proprie ordinarie risorse di bilancio, modalità di trasporto individuali per le persone handicappate non in grado di servirsi dei mezzi pubblici.

L'accessibilità alle varie tipologie di trasporto a Roma viene di seguito descritta distinguendo fra mobilità pubblica individuale, accessibilità al Tpl urbano, accessibilità alla rete ferroviaria regionale, taxi e mobilità privata.

7.4.1 Mobilità pubblica dedicata

Il servizio di trasporto per la mobilità individuale delle persone disabili a Roma 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 categorie di lavoro e studio, terapia, attività sociali.

Dopo quasi dieci anni, l'entrata in vigore di protocolli bancari internazionali e della normativa antiriciclaggio, 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: 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 sod-

disfare 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 Dipartimento Promozione delle Politiche Sociali e della Salute (di seguito, 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 Dipartimento 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 conferito, 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, l'Amministrazione capitolina ha modificato la disciplina del servizio. Le nuove modalità, valesse 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 Dipartimento 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 frequenza 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 quattro 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 sopra descritti, 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 Dipartimento 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 nel 2012 (5.106 euro per utente), è stato interamente finanziato con fondi ordinari provenienti dal bilancio capitolino.

Oltre ai servizi forniti dall'Amministrazione centrale, nel Municipio ex 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.

7.4.2 Mobilità pubblica collettiva

Il trasporto pubblico locale a Roma è gestito da Atac (80% dei mezzi di superficie, metropolitana e ferrovie metropolitane), Roma Tpl (20% dei mezzi di superficie) e con Roma Servizi per la Mobilità che supporta l'attività di indirizzo e controllo da parte dell'Amministrazione; le tre società, a vario titolo, sono coinvolte anche nei processi di progettazione, realizzazione e gestione del progressivo abbattimento delle barriere architettoniche, al fine di garantire alle persone con disabilità la piena fruibilità dei servizi di superficie, delle metropolitane e delle ferrovie metropolitane. Atac in particolare, in base a quanto dichiarato nella Carta dei servizi 2013, ha sottoscritto insieme a Roma Capitale un Protocollo d'intesa con le Federazioni delle Associazioni delle Persone con Disabilità un Protocollo d'intesa, che prevede, tra l'altro, l'istituzione di un Tavolo Permanente di Consultazione per la verifica progettuale e realizzativa.

MEZZI DI SUPERFICIE

Sempre secondo quanto riportato dalla Carta dei servizi, l'accessibilità del servizio di superficie per l'utenza con disabilità motoria è facilitata da un parco mezzi che presenta per circa il 74% bus equipaggiati di pedana mobile per la salita delle sedie a rotelle e area attrezzata per la loro sistemazione (all. 7 Dir. 2001/85/CE e ss.mm.ii.) e per quasi il

69% tram dotati di pianale a livello banchina e area attrezzata per carrozzelle. Inoltre dal mese di giugno 2013 sono entrati in servizio i 337 nuovi mezzi Atac, 206 da 12 metri e 131 jumbo da 18 metri, tutti attrezzati per garantire la piena accessibilità ai disabili anche visivi, grazie ad altoparlanti esterni e interni per comunicare fermate e direzioni e una pedana ad azionamento manuale per caricare sedie a rotelle; molto importante il fattore che le pedane siano manuali. al fine di evitare, come nel passato, l'impossibilità di accesso a causa di ripetuti malfunzionamenti delle pedane elettriche. Tutte le nuove banchine di fermata e quelle in ristrutturazione vengono realizzate nel rispetto della normativa vigente, quindi, dotate di scivoli e rampe nonché di percorsi tattili per consentire l'accesso a tutta la clientela disabile. Inoltre, per le persone con disabilità motoria, sono garantite 20 linee¹¹.

METROPOLITANA E FERROVIE METROPOLITANE

Le condizioni di accessibilità alle stazioni della metropolitana e delle ferrovie metropolitane, entrambe gestite da Atac, da parte delle persone disabili a Roma non raggiungono gli stessi standard per le varie linee [Fig. 7.4.1]; l'unica linea dotata in tutte le stazioni dei servizi per disabili motori, visivi ed uditivi è la B (e la sua tratta B1). Tutti i treni in servizio sulle linee A e B sono attrezzati anche per il trasporto di disabili su sedia a rotelle, dotati di avvisatore acustico di fermata e di sistema automatico di apertura/chiusura delle porte in sicurezza, anche se non si dispone di informazioni circa l'effettivo corretto funzionamento degli apparati. Inoltre i treni di nuova concezione recentemente entrati in servizio su entrambe le linee, sono attrezzati contro il rischio di caduta, mentre i restanti treni della linea B sono dotati di barriere in gomma a protezione degli spazi intra-vagoni¹².

RETE FERROVIARIA REGIONALE

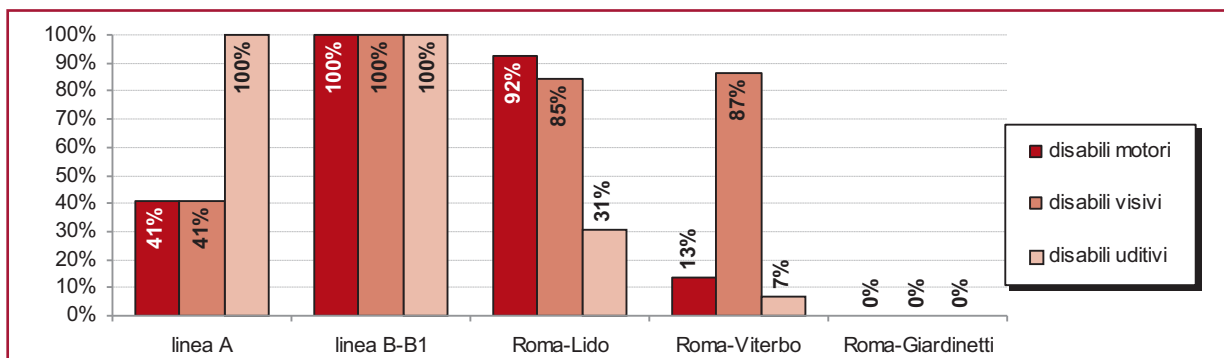
Nelle stazioni ferroviarie i servizi di assistenza a terra alle persone a ridotta mobilità¹³ dal 2011 sono a cura di RFI s.p.a. che nella sua funzione di Station Manager, figura istituita in applicazione del regolamento CE n. 1371/2007 relativo ai diritti ed agli obblighi dei passeggeri nel trasporto ferroviario, ha il compito di stabilire norme di accesso nelle stazioni ed ai treni non discriminatorie per qualsiasi persona la cui mobilità sia ridotta, nell'uso del trasporto, a causa di qualsiasi disabilità permanente o temporanea, do-

¹¹ H, 81, 85, 90, 170, 490, 44, 46, 60, 224, 360, 80, 80B, 590, 87, 660, 671, 664, 558, 650.

¹² Carta dei servizi Atac 2013.

¹³ Il servizio di assistenza è rivolto: a persone che si muovono su sedia a rotelle per malattia o per disabilità; a persone con problemi agli arti o con difficoltà di deambulazione; alle persone anziane; alle donne in gravidanza; ai non vedenti o con disabilità visive; ai non udenti o con disabilità uditive; alle persone con handicap mentale.

Fig. 7.4.1 Accessibilità delle tazioni della metropolitana e delle ferrovie metropolitane (2013)



Fonte: elaborazioni Agenzia su dati Carta dei servizi Atac 2013.

vuta anche all'età, indipendentemente dall'impresa di trasporto prescelta per effettuare il viaggio.

Punti di riferimento per l'organizzazione dei servizi sono le Sale Blu RFI, ove è possibile richiedere assistenza per viaggiare in treno, recandovisi oppure telefonando o inviando una mail alla stessa oltre che attraverso il numero unico nazionale di RFI o il call center Trenitalia; a Roma il servizio è presente nella stazione di Termini, ma non ad uso esclusivo della stessa [Tav. 7.4.1].

Il Compito delle Sale Blu è assicurare ai viaggiatori con disabilità fisiche, sensoriali o motorie che ne compromettano, in modo temporaneo o permanente, la mobilità:

- la disponibilità di informazioni e materiale informativo sul servizio di assistenza;
- la prenotazione del servizio;
- l'eventuale messa a disposizione della sedia a rotelle;
- la guida in stazione e l'accompagnamento al treno;
- la guida fino all'uscita di stazione o ad altro treno;
- la salita e la discesa con carrelli elevatori per i clienti su sedia a rotelle;
- l'eventuale servizio gratuito, su richiesta, di portabagagli a mano, per un bagaglio.

In merito agli standard ed alle normative da adottare, RFI, con la collaborazione delle principali associazioni che rappresentano la clientela con disabilità, ha redatto ed emanato specifiche "Linee Guida per la Progettazione" da utilizzare per la realizzazione degli interventi di superamento delle barriere architettoniche e sensoriali nelle stazioni. RFI è inoltre impegnata nel gruppo di lavoro, coordinato

dalla Capogruppo Ferrovie dello Stato, con le associazioni delle persone con disabilità sulle tutte le tematiche dell'accessibilità nelle stazioni.

La qualità dei servizi RFI offerti ai viaggiatori con disabilità dal 2013 è monitorata tramite due nuovi indicatori, livello di soddisfazione complessiva del servizio di assistenza erogato e aumento del numero di stazioni incluse nel circuito [Tav. 7.4.2], entrambi connessi all'offerta dei servizi di assistenza ai viaggiatori a ridotta mobilità nelle stazioni del circuito Sale Blu. Fino al 2012 la valutazione dell'accessibilità delle stazioni alle persone con disabilità avveniva in base alla presenza di posti auto riservati e di un percorso libero da ostacoli fino al marciapiede del primo binario; la presenza di tali dotazioni, confermata ogni anno nel 100% dei casi dalle ispezioni degli operatori di RFI, è stata infine assunta come consolidata¹⁴.

La qualità dei servizi a bordo dei treni regionali per i viaggiatori diversamente abili, servizio affidato a Trenitalia, è funzione dell'indicatore "Treni al giorno con carrozze attrezzate"¹⁵; per tale indicatore Trenitalia dichiara di aver raggiunto nel 2012 l'obiettivo del 73% e per il 2013 si pone come obiettivo il 74%¹⁶.

TAXI

A Roma l'unico soggetto in grado di erogare il servizio taxi per i clienti diversamente abili è la cooperativa 3570, la quale ha istituito la prima flotta romana dedicata al servizio. Il progetto denominato "3570 Mobilità accessibile" è stato promosso dalla cooperativa stessa ed è stato reso possibile grazie alla collaborazione di Anglat, della Fondazione W Ale Onlus, Ford e Tecnodrive, oltre al patrocinio del

¹⁴ Carta dei servizi 2013 di RFI.

¹⁵ Percentuale dei treni con carrozze attrezzate per disabili nel giorno medio feriale sul totale dei treni giorno feriale.

¹⁶ Carta dei servizi 2013 di Trenitalia - Lazio.

Tav. 7.4.1 Stazioni regionali servite dalla Sala Blu di Roma Termini

Stazione rete regionale	Limitazioni al servizio di assistenza
Roma Termini	
Albano Laziale	
Bracciano	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Cassino	
Ciampino	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Civitavecchia	
Colleferro-Segni-Palio	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Fiumicino Aeroporto	per i viaggiatori su sedia a rotelle è effettuato senza l'uso del carrello elevatore
Formia-Gaeta	
Frosinone	
Ladispoli-Cerveteri	
Latina	
Nettuno	
Orte	
Roccasecca	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Roma Ostiense	
Roma S. Pietro	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Roma Tiburtina	
Tivoli	limitato ai viaggiatori che non necessitano di carrello elevatore
Velletri	
Viterbo Porta Romana	

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati sito RFI.

Tav. 7.4.2 Nuovi indicatori di qualità del circuito Sale Blu (2013)

Indicatore circuito Sale Blu	Parametro	Obiettivo 2013
Livello di soddisfazione complessiva del servizio di assistenza erogato	% persone soddisfatte	90%
Aumento del numero di stazioni incluse nel circuito	Numero di stazioni	almeno 10

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati sito RFI.

Comune di Roma. La prima autovettura allestita e funzionante è stata presentata a febbraio 2010; l'allestimento dell'autovettura denominato EASY-UP, prevede la possibilità di trasportare 5 persone (compreso il conducente) più una persona in carrozzina mantenendo intatte le caratteristiche originali del veicolo.

Ad oggi, secondo quanto dichiarato dalla cooperativa stessa, la flotta è costituita da 23 taxi dotati di pedana elettrica o manuale e di 4 taxi con sedile girevole al fine di garantire il servizio a tutti i clienti diversamente abili, ma anche a quelli con ridotte capacità motorie. Per richiedere un taxi per trasporto di un diversamente abile per il giorno stesso

o per il seguente è sufficiente chiamare la centrale radiotaxi 3570 che provvederà a reperire e prenotare il taxi richiesto; il costo della corsa viene calcolato sempre in tema di vetture attrezzate, Roma Capitale con DGCa 269/2012 ha previsto dei finanziamenti a fondo perduto per il rinnovo del parco vetture con mezzi meno inquinanti, con possibilità di omologare la vettura anche per il trasporto di disabili.

Il bando, approvato con DD 1096/2012 del Dipartimento Mobilità e Trasporti, prevede incentivi pari a 7.000 euro per l'acquisto veicoli Euro 4 o superiori omologati per il trasporto di disabili dotati di sedile anteriore girevole e rampa manuale per sedia a ro-

telle e pari a 10.000 euro per veicoli Euro 4 o superiori equipaggiati e omologati per il trasporto disabili che, oltre al sedile anteriore girevole, dovranno essere dotate di sollevatore elettromeccanico con piattaforma per sedia a rotelle. La graduatoria degli aventi diritto riporta tre vincitori per il contributo più basso e cinque per quello da 10.000 euro; ai fini dell'effettiva erogazione degli incentivi, l'allestimento per le persone con ridotta o impedita capacità motoria dovrà risultare dalla carta di circolazione del veicolo.

7.4.3 Mobilità privata

Al fine di poter usufruire per i privati della possibilità di circolazione nelle zone con limitazione del traffico permanente (ZTL, corsie riservate) o temporanea e dei parcheggi riservati, è necessario detenere lo specifico contrassegno speciale di circolazione per le persone con disabilità; tale contrassegno è strettamente personale e non vincolato ad uno specifico veicolo. Hanno diritto a richiedere il permesso, a prescindere dal possesso di una patente di guida o dalla proprietà di una vettura, le persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (DPR 495/1992, art. 381 e ss.mm.) ed i non vedenti (DPR 503/1996, art. 12). A Roma le domande di rilascio dei contrassegni, correlate delle certificazioni mediche rilasciate dal medico legale della ASL di appartenenza, possono essere pre-

sentate presso gli uffici preposti dei municipi di appartenenza, presso la ASL di appartenenza, presso lo sportello al pubblico di Roma Servizi per la Mobilità o trasmesse via posta e/o fax allo stesso.

Nella capitale al 31/12/2012 erano attivi 62.114 contrassegni speciali di circolazione per le persone con disabilità, il 2% in più rispetto al 2010, mentre nel 2012 sono stati rilasciati il 16,5% in meno dei permessi rispetto al 2010 [Fig. 7.4.2].

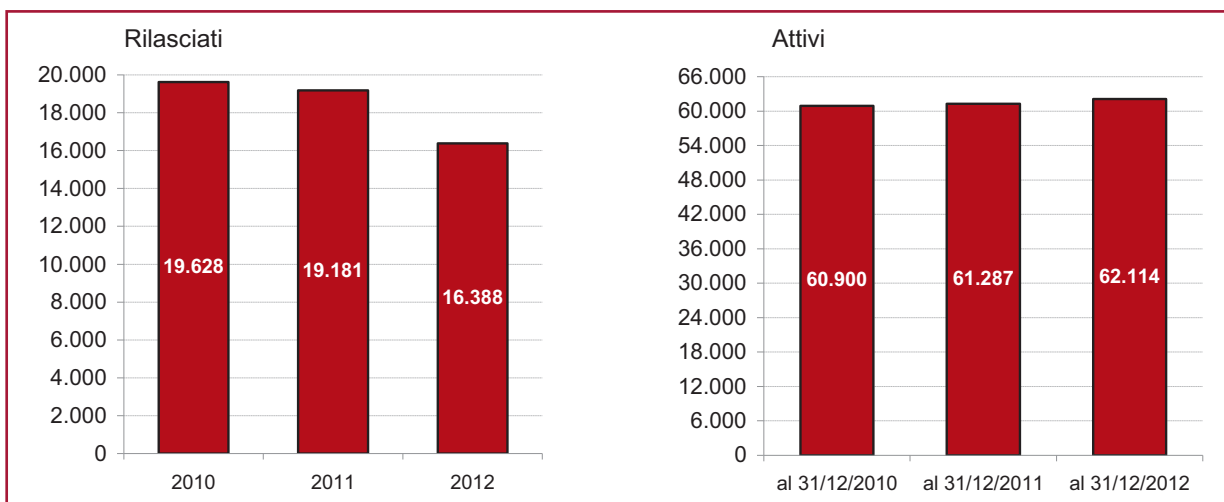
Dall'11 marzo 2013 Roma Servizi per la Mobilità ha iniziato, solo per le richieste di rilascio, rinnovo e duplicato¹⁷, la consegna dei nuovi pass in formato europeo con chip elettronico, che consentirà agli organi accertatori, tramite uno specifico palmare, di riscontrare la validità del contrassegno su strada in modo da limitare l'utilizzo improprio di permessi non più validi per sostare gratuitamente nelle aree tariffate. Il nuovo contrassegno è prescritto dal DPR 151/2012 ed è conforme al Contrassegno Unificato Disabili Europeo, previsto dalla raccomandazione del consiglio d'Europa 98/376/CE, valido nei paesi dell'unione.

In considerazione della specifica tipologia di utenza, Roma Servizi per la Mobilità ha messo a punto un sistema informatizzato (che affianca i canali ordinari) per agevolare gli utenti nelle operazioni di notifica delle targhe delle autovetture associate al contrassegno speciale di circolazione.

Come già specificato il contrassegno speciale di circolazione per le persone con disabilità permette,

Fig. 7.4.2

Contrassegni speciale circolazione per le persone con disabilità - rilasciati ed attivi (2010-2012)



Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Carta dei servizi Roma Servizi per la Mobilità anni 2011, 2012 e 2013.

¹⁷ In una seconda fase Roma Servizi per la Mobilità provvederà alla sostituzione dei contrassegni ancora in fase di validità, che al momento mantengono a tutti gli effetti la loro validità.

oltre alla circolazione in zone con limitazioni del traffico, anche la possibilità di parcheggiare nei parcheggi dedicati o sulle strisce blu gratuitamente. Nel 2012 il numero di parcheggi generici riservati alle

persone con disabilità sulle strade romane sono aumentati di circa il 36% rispetto al 2010, mentre i parcheggi nominativi sono aumentati del 3% circa [Tav. 7.4.3].

Tav. 7.4.3 Parcheggi riservati disabili

Parcheggi riservati disabili	2010	2011	2012
generici su strada	2.846	2.895	3.862
nominativi su strada	894	875	919
nei parcheggi di scambio	272	272	272

Fonte: elaborazioni ASPL Roma Capitale su dati Carta dei servizi Atac, anni 2011, 2012 e 2013.