

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
Giunta Regionale della Regione Lazio

ESTRATTO DAL PROCEEDO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

25 GIU. 2004

25 GIU. 2004

AGGIUNTA NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CASTIGLIONE COLOMBO, 211
 ROMA, NELLA SEDE DELLA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BOZZACE	Francesco	Presidente	LABONAROLI	Assessore
SIMONNI	Guglielmo	Vice Presidente	PRESTAGIOVANNI	Assessore
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBBIETTA	Assessore
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SAPONARO	Assessore
GIOMI	Armando	"	SANACCI	Assessore
FRAMISANO	Anna Teresa	"	VELLUSCHI	Assessore
GARGANO	Giulio	"		

ASSISTENTE AL SEGRETARIO Tommaso WARDONI

ASSISTENTE AL SEGRETARIO

ASSENTI: CIARAMELLETTI - GARGANO

DELIBERAZIONE N

- 570 -

OGGETTO:

Progettazione attuabile a finanziamento comunitario e nazionale. Approvazione del progetto denominato "Viva gli Anziani" per la prevenzione dell'isolamento sociale e della mortalità della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro Storico" e del relativo schema di convenzione.



570 25 GIU. 2004

OGGETTO: Progettazione ammissibile a finanziamenti comunitari e nazionali. Approvazione del progetto denominato "Viva gli anziani" per la prevenzione dall'isolamento sociale e della mortalità della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro storico" e del relativo schema di convenzione.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali, di concerto con l'Assessore alla Sanità e l'Assessore al Bilancio, Programmazione e Risorse comunitarie

VISTO il bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2004, approvato con L.R. n. 3 del 27 febbraio 2004, ed in particolare gli stanziamenti di cui al cap. C 11103 per il cofinanziamento regionale di progetti ammissibili a finanziamenti nazionali, nonché le procedure a questo connesse;

PREMESSO che il Piano Sanitario Nazionale 2002-2005 individua tra i propri obiettivi strategici la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza, fra l'altro, agli anziani;

PREMESSO che il D.P.C.M. 29 novembre 2001 definisce i Livelli Essenziali di Assistenza stabilendo i campi di azione dell'assistenza distrettuale;

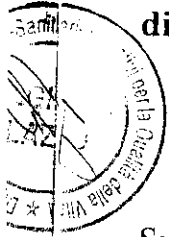
RITENUTO che nel nostro Paese le competenze di supporto agli anziani sono distribuite tra istituzioni diverse (ASL, Distretti, Comuni, Associazioni di volontariato) e che l'integrazione tra queste istituzioni è elemento cruciale per qualsiasi efficace intervento orientato alla riduzione dell'eccesso di mortalità;

CONSIDERATO che un'indagine rapida del Ministero della Salute ha rilevato un significativo aumento del numero di decessi degli anziani, visibilmente correlato all'aumento delle temperature massime medie;

CONSIDERATO che un gruppo di lavoro interistituzionale promosso dai Ministeri della Salute e del Lavoro e delle Politiche Sociali ha individuato un modello innovativo di supporto all'anziano presso il proprio domicilio che si inserisce a pieno titolo nell'ambito delle politiche assistenziali perseguite dalla Regione Lazio;

CONSIDERATO che la Regione Lazio ha valutato positivamente tale modello e ha aderito alla proposta di effettuarne la sperimentazione gestionale nel proprio territorio;

ATTESO che la Regione Lazio ha reso partecipe il Comune di Roma che a sua volta, in collaborazione con la Comunità di S.Egidio, ha elaborato un progetto sperimentale



[Handwritten signature]

570 15 GIU 2004

6

denominato "Viva gli Anziani" che sviluppa azioni coerenti con il modello innovativo di supporto all'anziano di cui al punto precedente;

CONSIDERATO che il municipio "Centro Storico" del Comune di Roma e Azienda Sanitaria locale RM/A sono i territori individuati quale sede della sperimentazione;

PRESO ATTO che il progetto "Viva gli Anziani" elaborato dalla Regione Lazio insieme al Comune di Roma e la Comunità di S.Egidio, su base biennale, è stato valutato positivamente dai Ministeri della Salute e dal Lavoro e Politiche sociali (nota Min. della Salute del 14.04.04 prot. DGOM/563/P);

CONSIDERATO che con successiva nota il Ministero della Salute ha rappresentato l'esigenza di rimodulare su base annuale il progetto presentato e già approvato nei contenuti;

ATTESO che l'Assessore alla Famiglia e Servizi Sociali ha presentato a seguito di tale richiesta, il progetto "Viva gli Anziani" per la prevenzione dall'isolamento sociale e della mortalità della popolazione rimodulato su base annuale;

PRESO ATTO che tale progetto prevede che la Regione Lazio svolga il coordinamento istituzionale, il Comune di Roma il coordinamento funzionale e la Comunità di S.Egidio il coordinamento operativo;

PRESO ATTO altresì che l'intervento ha un costo totale pari a euro 1.500.673,49 di cui euro 1.075.366,69 a carico della comunità di S. Egidio, euro 115.306,80 a carico del Comune di Roma, euro 260.000,00 a carico del Ministero della Salute ed euro 50.000,00 a carico della Regione Lazio;

RITENUTO opportuno, in relazione alla rilevanza sociale del progetto, utilizzare gli stanziamenti di cui al cap. C 11103 per il cofinanziamento regionale di progetti ammissibili a finanziamenti nazionali, secondo le procedure a questo connesse;

RITENUTO necessario assicurare il riconoscimento del cofinanziamento regionale pari a euro 50.000,00 per anno;

CONSIDERATO che il progetto "Viva gli Anziani" allegato al presente atto, elaborato al fine di prevenire i danni alla salute della popolazione anziana indotti da eccessi di temperatura formerà oggetto di apposita convenzione tra la Regione e il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50



570 25 GIU. 2004

9

VISTA la bozza di convenzione di cui al punto precedente, allegata e parte integrante della presente deliberazione

CONSIDERATO che il presente atto non è soggetto a concertazione con le parti sociali in quanto il provvedimento non ha natura programmatica generale;

All'unanimità

DELIBERA

- di approvare il progetto "Viva gli Anziani" per la prevenzione dall'isolamento sociale e della mortalità della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro Storico" allegato e parte integrante del presente atto (all. A);
- di stanziare euro 50.000,00 quale quota di cofinanziamento regionale per progetti ammissibili a finanziamenti nazionali a valere sul cap. C 11103;
- di approvare il relativo schema di convenzione tra la Regione Lazio, il Ministero della Salute e l'Istituto superiore della Sanità allegato e parte integrante del presente atto (all. B).



C:\Documents and Settings\mpaolini\Des



C:\Documents and Settings\mpaolini\Des

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

25 GIU. 2004



M

ita *
AZI
GIC
Sanità



ita *
AZI
NON
Sanità



REGIONE LAZIO

COMUNE DI ROMA

COMUNITA' DI SANT'EGIDIO

ALLEG. alla DELIB. N. 570
DEL 25 GIU. 2004

“Viva gli anziani”



Progetto per la prevenzione dell'isolamento sociale
e della mortalità della popolazione anziana
del Municipio Roma "Centro storico"

Aprile 2004

Several handwritten signatures and initials are present in the bottom right corner of the page.

■ Le premesse del progetto

Il fenomeno della crescita della popolazione anziana è generale, riguarda l'Europa, il mondo sviluppato, ma finisce per toccare ogni parte del globo, dove arriva una briciola di progresso. Si può quindi parlare di emersione di un nuovo continente: il "Continente Anziani". La presenza di tanti anziani, la loro longevità, è uno dei prodotti migliori del nostro tempo. La vita che dura più a lungo è un segno di grande civiltà, una conquista di cui possiamo usufruire in tanti. Questa età più lunga rappresenta un'opportunità straordinaria per una convivenza più umana. Gli anziani possono contribuire in maniera decisiva, con la loro presenza e la loro cultura, all'umanizzazione, allo sviluppo e alla crescita dell'intera società.

Eppure da più parti la presenza di tanti anziani nel nostro mondo è avvertita con crescente preoccupazione. Si parla sempre più spesso di "problema anziani": gli anziani con i loro bisogni impegnano risorse, rappresentano un impegno economico, sociale e sanitario di difficile gestione.

L'estate del 2003 ha rappresentato per tutta l'Europa un momento drammatico di emersione di questa tendenza. Si parla di un aumento di oltre 20.000 morti ultrasessantacinquenni rispetto all'anno precedente di cui la maggior parte, 11.435, in Francia. Anche l'Italia ha registrato un bilancio drammatico: secondo l'indagine condotta dall'ISS¹ sulla mortalità estiva nel periodo 1° giugno 31 agosto 2003 sono deceduti ben 3.134 anziani in più in confronto ai dati dell'estate del 2002, solo considerando la mortalità nelle città capoluogo di regione o di provincia autonoma (21 città). Sempre l'ISS stima che considerando tutta la popolazione italiana si arriva nel corso dell'estate 2003 a 7659 decessi in più rispetto all'anno precedente.

Alcuni analisti del fenomeno hanno parlato di "ecatombe degli invisibili", riferendosi alla strage di anziani verificatasi durante il torrido agosto un po' in tutta Europa. Quest'analisi, riferita alla situazione francese, dove il fenomeno ha assunto dimensioni macroscopiche, è comunque molto condivisibile e rispecchia anche la situazione italiana, se non altro come tendenza culturale. Colpisce per la lucidità dell'autore², quando mette l'accento sulla cattiva volontà dei governanti nella gestione dei servizi di Welfare, quasi come a dire che la mancanza di programmazione, la non tempestività degli interventi, la

¹ Indagine epidemiologica sulla mortalità estiva in www.epicentro.iss.it

² Si tratta dell'articolo "Morire di caldo, segnale di una sanità malata" di Martin Winckler, apparso su "Le Monde diplomatique" di settembre 2003. L'autore dell'articolo è medico e scrittore, autore di *Plumes d'anges*, POL, Paris, 2003 e di *Nous sommes tous des parents*, Stock, Paris, 2003.

carezza di risorse sempre più evidente nei settori sociali e sanitari, non siano solo frutto di incapacità gestionali, ma corrispondano ad una cinica soluzione del problema dell'aggravio della spesa sociale con l'eliminazione fisica del soggetto debole, lasciando che sia l'abbandono, la penuria di risorse messe a disposizione, a favorirne la fine. D'altro canto si evidenzia una corresponsabilità generale per cui questa tendenza non viene contrastata, ma sempre più condivisa da quella parte di società che si definisce "sana" e cerca di allontanare il problema, semplicemente rimandando le decisioni in merito al momento in cui si sarà toccati personalmente.

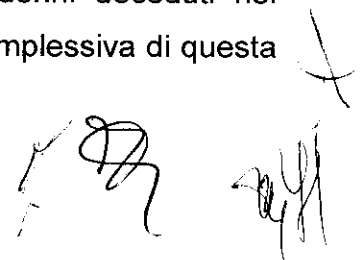
Questa situazione non può che destare preoccupazione in chi è impegnato nella difesa dei diritti delle fasce più deboli, ma anche in amministratori più attenti, che da tempo hanno imparato che eludere i problemi sociali è oltretutto antieconomico e che vorrebbero studiare soluzioni alternative percorribili in vista di un futuro sociale più difficile per tutti.

Secondo i già citati dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità la mortalità in Italia, considerato l'arco di tempo tra il 1 giugno ed il 31 agosto, è aumentata di 3.134 decessi, il 15,2% in più rispetto allo scorso anno. Per il 92% dei casi si è trattato di anziani ultrasessantacinquenni, le cui morti sono aumentate del 21,3%.

Da queste premesse nasce la necessità di fare il punto sulla condizione della popolazione anziana anche a Roma. I dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito dell'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva degli anziani richiamano tutte le forze sociali e sanitarie a capire quanto è accaduto, a chiarirne le cause e concause, a incrementare gli sforzi intrapresi per rispondere alla domanda di protezione e di servizi che sale dal mondo degli anziani in maniera prorompente. Ancora, infatti, non si è raggiunto un efficace sistema di controllo sociale sul territorio, nonostante i servizi dell'emergenza estate attivati grazie all'intervento massiccio del volontariato, coordinato dal soggetto pubblico.

Che questa formula abbia i suoi vantaggi e prefiguri un desiderabile scenario anche per il futuro è fuori discussione. Tutti auspichiamo, infatti, un maggiore senso civico della popolazione nel suo complesso ed una partecipazione attiva dei cittadini alla costruzione del bene comune. Si tratta comunque di adeguare i servizi pubblici essenziali di una città come Roma, in cui 18 residenti su 100 hanno più di sessantacinque anni.

L'estate scorsa a Roma sono morte 603 persone in più (+11,5%) in tutte le fasce d'età, di cui 565 (+16,9%) nella fascia degli ultrasessantacinquenni; un aumento dunque più contenuto rispetto alla media nazionale, anche se la componente anziana è stata più penalizzata (93% contro 92% circa). Il numero di ultrasessantacinquenni deceduti nel periodo di tempo considerato è pari all'1,6% circa della popolazione complessiva di questa fascia d'età.



Tuttavia, se si guarda al periodo che va dal 16 luglio al 15 agosto sono morti a Roma ben 1.723 ultrasessantacinquenni, 512 in più rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente, per un incremento pari al 42,3%. In questo caso siamo sopra la media nazionale relativa ai decessi nelle città capoluogo di regione (40,2%). Restringendo il campo di osservazione ai soli ultrasessantacinquenni, il dato si mantiene molto elevato (+51,5% a Roma, +49,1% in Italia). Nelle grandi città del centro-sud è andata peggio solo a Perugia e a L'Aquila.

In particolare il fenomeno della morte invisibile degli anziani riguarda tutte le aree e tutte le fasce sociali della nostra città. Questo contribuisce a renderlo un fenomeno solo in parte emerso, perché spesso sono proprio i soggetti meno visibili (ad esempio un certo tipo di anziano benestante, ma i cui rapporti sociali si sono affievoliti nel tempo, o anche l'anziano poverissimo, che non ha l'uso del telefono), quelli che non si rivolgono abitualmente ai servizi sociali. Sono questi anziani, che vivono in condizioni di isolamento sociale assoluto, a finire poi fra i casi di morte in solitudine.

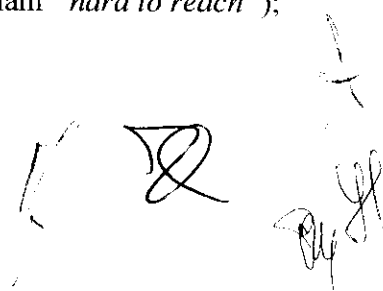
Questo progetto prevede la realizzazione di un centro operativo di monitoraggio permanente di tutte le situazioni di anziani ultrasessantacinquenni a rischio di isolamento sociale in uno specifico territorio.

Il progetto sarà articolato in una pluralità di dimensioni: elaborazione, studio e aggiornamento di tutti i dati relativi alla qualità della vita degli anziani, campagne di sensibilizzazione della popolazione su queste tematiche, promozione di forme di integrazione sociale e multietnica, attivazione di una centrale telefonica di ascolto e consulenza, rilevazione costante delle risorse, presa in carico degli anziani richiedenti con il servizio telefonico, l'attivazione della rete e la promozione di nuove forme di solidarietà.

■ **Gli obiettivi del progetto**

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. **prevenire** i casi di isolamento degli anziani, operando per la creazione di una rete di protezione sociale e sanitaria, formale ed informale, di cui possano usufruire gratuitamente tutti i destinatari del progetto, con particolare attenzione a quanti incontrano difficoltà e/o emergenze indotte dai fenomeni meteorologici legati al caldo;
2. **raggiungere** tutti gli anziani che vivono in condizione di particolare isolamento, senza contatti con servizi o reti di aiuto informali e pertanto a maggior rischio (anziani "hard to reach");



3. **affermare** il diritto dell'anziano a rimanere nel suo contesto di vita, favorendo la domiciliarità, in collegamento con gli interventi di assistenza domiciliare e di sostegno alle attività quotidiane, che prevenivano le forme di istituzionalizzazione;
4. **diffondere** a livello locale, cittadino ed europeo una cultura del “buon vicinato”, che da una parte rivaluti la figura dell'anziano, come una risorsa per l'intera società e incrementi gli scambi intergenerazionali, dall'altra restituisca il senso di una responsabilità collettiva ed individuale nel rapporto con i soggetti più deboli, promuovendo forme di auto-aiuto, di scambio di competenze, di sistemi di protezione sociale, a livello di condominio, di quartiere, etc.;
5. **creare** un osservatorio permanente che sviluppi la conoscenza approfondita delle condizioni sociali, sanitarie, economiche, abitative, relazionali degli anziani del territorio in esame e i loro mutamenti, ai fini di una programmazione dei servizi più aderenti ai bisogni della realtà;
6. **proporre** degli incontri periodici di scambio e formazione agli operatori del settore, per avviare confronti e riflessioni sulle tematiche legate agli anziani;
7. **ideare** una campagna di comunicazione rivolta a tutta la popolazione residente nel territorio interessato attraverso azioni di informazione, consulenza, diffusione degli interventi e dei servizi in favore degli anziani;
8. **elaborare** uno studio di fattibilità sulla possibilità di replicare in altri ambiti l'esperienza del progetto. Lo scopo è quello di identificare, a partire dal progetto, una serie di “buone pratiche” che dimostrino la propria efficacia e che siano riproducibili.

■ I destinatari del progetto

Sono tutti gli anziani ultrasettantacinquenni soli o in nuclei familiari di anziani, residenti nel territorio del Municipio Roma Centro Storico, in particolare nei rioni di Testaccio e Trastevere.

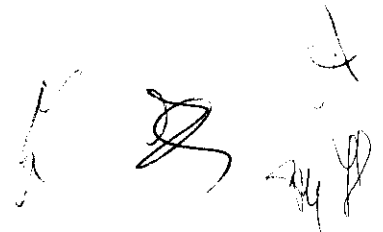
■ Territorio di attuazione del progetto

Centro Storico di Roma: rioni Trastevere – Testaccio

Visto il carattere sperimentale del progetto, si è scelto come luogo di attuazione dello stesso, il territorio del Municipio Roma Centro Storico, ed in particolare i rioni di Trastevere e Testaccio, partendo dall'analisi di alcuni dati demografici e da altre considerazioni di ordine più generale.

- *Estensione territoriale e caratteristiche del territorio*

5



- *Caratteristiche demografiche, con una significativa presenza percentuale delle fasce di popolazione anziana*
- *Stratificazione storica e sociale del territorio*
- *Rete dei servizi sociali e sanitari sul territorio*

- *Estensione territoriale e caratteristiche del territorio*

L'abbinamento di questi due rioni permette di poter testare la sperimentazione su un territorio sufficientemente ampio, ad alta densità abitativa, ma allo stesso tempo piuttosto circoscritto e quindi adatto ad una rilevazione capillare della sua popolazione. Anche la composizione degli agglomerati abitativi è piuttosto variegata: vi si nota la presenza di zone popolari accanto ad aree residenziali a reddito medio-alto, ad aree destinate ormai solo ad uffici.

La superficie dell'intero Municipio è di ettari 1.430,06 con una popolazione di 122.106³ abitanti iscritti all'anagrafe al 31/12 /2002 ed una densità abitativa di 85,4 abitanti per ettaro. Il Municipio Centro Storico confina con i Municipi Roma XI, Roma II, Roma III, Roma XVI, Roma XVII, Roma VI e Roma IX.

- *Caratteristiche demografiche, con una significativa presenza percentuale delle fasce di popolazione anziana*

Il Municipio Roma Centro Storico è tra quelli con una più alta percentuale di popolazione anziana. Dai dati, ancora provvisori, dell'ultimo censimento risulta che nel 2002 la popolazione con più di 65 anni residente in questo Municipio rappresenta il 20,5% della popolazione totale.

In questi ultimi decenni si è assistito ad un progressivo allontanamento degli anziani dal centro storico a causa degli sfratti, con il ricorso sempre più frequente all'istituzionalizzazione come unica soluzione alloggiativa. Nonostante questa tendenza l'area degli anziani rimane comunque una parte consistente della popolazione residente nei due rioni di Testaccio e Trastevere accanto a nuove presenze come quelle di giovani immigrati che trovano una soluzione abitativa nel centro storico, in molti casi, offrendo il loro lavoro per persone che necessitano di un'assistenza continua.

³ * Fonte: Dati pubblicati dall'Ufficio Statistica del Comune di Roma sul sito istituzionale. Popolazione iscritta in anagrafe del Comune di Roma. Dato provvisorio in quanto non ancora confrontato con quello censuario.

Si può sottolineare come la presenza storica della popolazione anziana nel cuore di Roma, sia un fatto anche statisticamente non irrilevante. Gli anziani ultrasessantacinquenni residenti nel Municipio sono 26.661, mentre gli anziani ultrasettantacinquenni sono 13.369 quindi più del 50% del totale. Gli ultrasettantacinquenni, uomini e donne, sono quindi il 10,9% della popolazione residente nel Centro Storico, ed è interessante rilevare che la media cittadina è dell'8,6%. Anche l'indice di vecchiaia è un dato piuttosto interessante: è pari a 227,6 mentre la media romana è 151,7. Da notare anche come la percentuale di popolazione 0-13 anni sia la minore - il 9 % - di tutti i municipi romani.

Gli anziani ultrasettantacinquenni dei rioni Trastevere e Testaccio sono rispettivamente 1.554 e 1.118 per un totale di 2.672.

o *Stratificazione storica e sociale del territorio*

A questo proposito va messa in evidenza l'estrema significatività, anche a livello simbolico, del Centro Storico di Roma, uno dei più estesi e sicuramente più antichi d'Europa e del mondo, dove ancora oggi sopravvivono modelli sociali del passato accanto ai simboli dell'innovazione e della modernità; operare per dei cambiamenti sociali in questo luogo così complesso ed evocatore di tante suggestioni, è oltre modo opportuno nell'ottica di voler proporre e testare un modello che abbia validità a carattere nazionale e sopranazionale.

All'interno del Centro Storico si è scelto di privilegiare in un primo momento i due rioni confinanti di Trastevere e Testaccio, a loro modo esemplificativi dell'intera realtà del Centro Storico.

In particolare Trastevere, un rione da sempre originale e autonomo rispetto al resto della città storica, si era ritagliato negli anni del dopoguerra un profilo particolare, mantenendo inalterati i ritmi, la parlata, il tessuto sociale tradizionale, quasi un paese dentro la città. In queste strade, nei bassi e nei vicoli decisamente più degradati di oggi si poteva incontrare fino a pochi anni fa l'umanità dolente di tanti vecchi abitanti del quartiere, sopravvissuti alla miseria ed all'orrore degli anni della guerra, testimoni oculari di pezzi della nostra storia, come ad esempio il 16 ottobre 1943.

Negli anni 2000 questa realtà, originariamente popolare, si presenta molto più variegata anche dal punto di vista socio-economico, sicuramente grazie al ricambio generazionale ed alla politica di investimento immobiliare, che l'ha resa appetibile anche ad altre classi sociali. In un quadro complessivo profondamente mutato però permangono tantissime situazioni di anziani in difficoltà, spesso poverissimi, in appartamenti fatiscenti o

#

R

M

J
M

sotto sfratto, accanto ad una fascia di popolazione anziana più benestante, ma che comunque risente di un certo isolamento sociale.

Differente è la composizione sociale del vicino rione di Testaccio, dove esiste ancora oggi una forte identità locale ed una solidarietà fattiva, forse retaggio di una vecchia cultura operaia, che si dimostra spesso una valida rete di protezione per i soggetti più deboli, fra cui sicuramente gli anziani che sono più del 24% della popolazione del rione. Anche qui stanno avvenendo delle profonde mutazioni sociali, ma la composizione della popolazione – specialmente quella anziana – è molto più omogenea, di estrazione popolare, ma con una pur minima solidità economica acquistata negli anni.

o *Rete dei servizi sociali e sanitari sul territorio*

Abbiamo già detto come il Municipio Roma Centro Storico nel panorama romano sia piuttosto particolare sia per le caratteristiche storiche dei suoi rioni sia per la composizione sociale della popolazione fortemente diversificata. Per questo la programmazione dei servizi deve prevedere l'articolazione di diverse tipologie di interventi che possano rappresentare risposte appropriate in situazioni così varie.

In realtà solo all'inizio degli anni '80 l'amministrazione comunale inizia la realizzazione dei servizi in favore delle persone anziane.

Come prima iniziativa si avvia l'apertura di alcuni Centri Anziani per favorire l'incontro e la socializzazione degli anziani autosufficienti.

Allo stesso tempo emergeva in modo sempre più evidente la realtà di tanti anziani non più in grado da soli di gestire la propria vita quotidiana. Per questo nel 1979 nasce il primo servizio di assistenza domiciliare per gli anziani del centro storico di Roma su proposta della cooperativa "Cultura popolare", promossa da alcune persone della Comunità di Sant'Egidio; alla stessa cooperativa si deve anche la pubblicazione di un interessante volume "Anziani scomodi".

Negli anni successivi questa esperienza viene diffusa su tutto il territorio cittadino, ma purtroppo a tutt'oggi è un servizio ancora fortemente sottodimensionato rispetto al bisogno reale.

In questo Municipio ne usufruiscono circa 160 anziani, ma tanti altri sono attualmente ancora in attesa di riceverla.

Altro servizio attivato, è la distribuzione dei pasti a domicilio che consente ad alcuni anziani con una fragilità fisica di poter rimanere nel loro domicilio.

Siamo ancora lontani dall'assistenza domiciliare integrata ed i servizi domiciliari offerti dal CAD soffrono di carenze di personale e risorse. Su questo territorio dal 1998 è stato realizzato, come progetto sperimentale, un servizio socio sanitario di Dimissioni Protette degli anziani dagli

ospedali. A tutt'oggi questo servizio rappresenta un modello di integrazione che richiede comunque una maggiore implementazione.

Da tre anni è stato aperto un Centro Diurno per anziani fragili, che ospita circa 20 anziani con disabilità medio-gravi e costituisce un'alternativa irrinunciabile al ricovero in una struttura residenziale. Sicuramente è un servizio ancora insufficiente rispetto alla domanda di assistenza del territorio.

Nei due rioni che abbiamo preso in esame sono presenti due presidi ospedalieri, uno di questi il Nuovo Regina Margherita è dotato di Day Hospital Geriatrico in grado di garantire anche l'accompagnamento dal proprio domicilio presso il luogo di cura.

Particolarmente significativa in questa zona della città è la presenza forte del mondo dell'associazionismo, del privato sociale, delle istituzioni curate da religiosi, che costituiscono una larga percentuale delle risorse a disposizione degli anziani. Tra queste proprio la sede storica della Comunità di Sant' Egidio.

■ **Modalità di realizzazione del progetto**

Il progetto si articola in quattro fasi distinte:

A. fase preliminare di implementazione e studio del territorio, che preveda a sua volta le seguenti azioni:

- ricognizione delle risorse formali ed informali nell'area dei rioni Testaccio e Trastevere e zone limitrofe e di tutti i servizi pubblici a valenza cittadina, fruibili dagli anziani residenti nella zona interessata;
- ricognizione di tutti gli anziani residenti nel territorio in studio attraverso la richiesta, all'Anagrafe del Comune di Roma, delle liste di ultrasettantacinquenni residenti;
- la creazione di una centrale telefonica, con orario di apertura diurno;
- impianto di un archivio informatizzato e scelta della modulistica più appropriata alla realizzazione degli obiettivi del progetto;
- scelta di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'analisi dei bisogni sociali e sanitari degli anziani ultrasettantacinquenni;
- formazione degli operatori (custodi socio-sanitari), in materia di valutazione, di comunicazione, di politica sociale, di conoscenza dei servizi sociali territoriali, ecc.

B. fase di avvio del progetto, attraverso le seguenti azioni:

- la costituzione dello staff del centro operativo di monitoraggio permanente;
- una serie di contatti con le realtà sociali, politiche ed associative del territorio, finalizzati alla presentazione del progetto;
- la costituzione della rete delle risorse esistenti attraverso protocolli e accordi informali con le realtà istituzionali e associative della zona.;
- la pubblicizzazione del servizio attraverso una campagna di comunicazione che preveda l'utilizzo dei mass media locali e non, la produzione e distribuzione di materiale divulgativo;
- la ricerca "porta a porta" degli eventuali fruitori del servizio attraverso visite domiciliari precedute, ove è possibile, da contatti telefonici;
 - individuazione degli anziani, che non dispongono di linea telefonica (fissa o mobile) e promozione di iniziative volte all' attivazione del servizio di telefonia.

C. fase operativa, che rappresenta l'avvio effettivo del servizio e presuppone le seguenti azioni:

- valutazione a domicilio degli anziani e rilevazione delle risorse personali e del contesto sociale;
- l'individuazione delle diverse tipologie di interventi, sia diretti che indiretti, secondo i bisogni rilevati in ogni particolare situazione;
- la presa in carico degli anziani, che si rivolgono al servizio;
- la divisione ed organizzazione del lavoro, con la previsione di un piano di lavoro per l'équipe e per i singoli operatori, secondo un crono-programma discusso in sede di riunione di coordinamento;
- il lavoro di mappatura del territorio e l'individuazione degli anziani a rischio di isolamento sociale, già iniziato nella fase preliminare, che continua durante lo svolgimento del progetto. Questo lavoro è un tratto costante e caratteristico di tutto il progetto;
- aggiornamento permanente della banca dati sulle risorse del territorio;

- la verifica delle situazioni prese in carico.

D. fase di verifica e di ridefinizione degli obiettivi, a partire dai risultati raggiunti, a sua volta articolata nelle seguenti azioni:

- riunioni periodiche di coordinamento con gli operatori coinvolti, in cui si evidenzino i punti di crisi, ma anche i risultati raggiunti, avendo come priorità la qualità dell'intervento;
- analisi dei dati raccolti dal servizio, con lo scopo di quantificare il numero degli anziani raggiunti dal servizio sul totale della popolazione anziana, il tipo di attività offerte e quant'altro possa essere utile all'analisi quantitativa e qualitativa dei dati.
- Valutazione di *outcome* in termini di:

- riduzione della mortalità (in collaborazione con l'Anagrafe del Comune di Roma per avere accesso ai dati di mortalità per il territorio considerato relativi al 2003 e 2004);

- valutazione dei ricoveri ospedalieri con causa dei ricoveri.

- soddisfazione del cittadino.

■ **Personale**

Il servizio prevede il coinvolgimento delle seguenti figure professionali:

- un coordinatore
- tre assistenti sociali
- due operatori informatici
- nove operatori sul territorio e nel centro operativo (custodi socio-sanitari).

■ **Modalità di intervento**

- 1 Servizio telefonico per l'ascolto di nuove segnalazioni e per il controllo programmato degli anziani in carico al servizio.
- 2 Presa in carico degli anziani.

Si prevede la presa in carico dei singoli anziani:

- a) con la segnalazione degli stessi operatori del progetto che hanno incontrato l'anziano nel lavoro di rilevazione diretta sul territorio;
- b) con la segnalazione dello stesso anziano che telefona direttamente alla centrale operativa:
 - ✓ l'operatore dovrà compilare l'apposita scheda di segnalazione e avvisare l'anziano che alla telefonata seguirà un appuntamento per la verifica domiciliare;
- c) con la segnalazione da parte di terzi (parenti, conoscenti, vicini, operatori dei servizi, volontari, altro):
 - ✓ l'operatore dovrà compilare l'apposita scheda e assicurarsi che l'anziano per il quale è stata inoltrata la segnalazione sia a conoscenza di quest' iniziativa e la condivide;
 - ✓ sarà necessario assicurarsi l'eventuale collaborazione di chi segnala, almeno per quanto riguarda il primo contatto con l'anziano;
 - ✓ verrà quindi fissato l'appuntamento per la visita domiciliare;
- 3 verifica della situazione presso il domicilio dell'anziano, con la messa a punto di un piano di intervento personalizzato;
- 4 informazione sulle procedure per l'attivazione di alcuni servizi alla persona, quali, ad esempio la richiesta di servizi socio-sanitari ed altro;
- 5 segnalazione della situazione agli altri servizi del territorio, ove necessario, qualora si ravvisassero altre necessità, non solo assistenziali, ma anche di carattere sanitario, di socializzazione, ecc. (fondamentale al riguardo la collaborazione con i servizi pubblici di Asl e Municipio e con i Centri Anziani);
- 6 costruzione di una rete di aiuto che coinvolga in modo capillare tutte le realtà del tessuto sociale della zona:
 - a) accordo con i Medici di base presenti sul territorio, che preveda una collaborazione costante per l'individuazione di anziani in situazioni di particolare fragilità e quindi maggiormente a rischio;
 - b) accordo con gli Uffici protesi e ausili della ASL RM/A per favorire l'autorizzazione tempestiva degli ausili necessari a favorire la permanenza dell'anziano nel proprio domicilio e limitare le situazioni di rischio o grave carenza assistenziale a causa di assenza di strumenti idonei (letto ortopedico, sollevatore, materassino antidecubito, deambulatore, ecc.);
 - c) protocollo d'intesa con l'Unione Farmacisti e con la FARMACAP per l'individuazione delle farmacie sia comunali sia private da coinvolgere nella diffusione del servizio "Viva gli anziani" e nella realizzazione di percorsi di aiuto per la consegna a domicilio dei farmaci, la prenotazione di visite mediche ambulatoriali, ecc.;
 - d) Collegamento con tutte le Associazioni laiche e religiose che operano sul territorio e promuovono la domiciliarità degli anziani, il riconoscimento dei loro diritti, il sostegno in condizioni di particolare precarietà;
 - e) Collegamento con gli assistenti sociali degli Ospedali per sostenere il rientro dell'anziano presso il proprio domicilio dopo un ricovero, coinvolgendo tutte le risorse disponibili sul territorio.

- 7 Garantire la continuità dell'intervento, anche quando le condizioni della persona cambiassero e rendessero necessaria una ridefinizione del piano di intervento, sempre però tenendo fermo l'obiettivo di favorire la domiciliarità dell'anziano, in qualunque condizione si trovi;
- 8 Realizzare la messa a punto di una mappa operativa dei soggetti a rischio di isolamento sociale, su cui calibrare il piano di lavoro e da monitorare costantemente;
- 9 Realizzare un collegamento con i sistemi di allarme meteorologico, per essere avvisati tempestivamente dell'arrivo di ondate di freddo o calore e poter mettere in atto un surplus di sorveglianza soprattutto per gli anziani "fragili".

■ Rapporti tra le istituzioni partner

	Ruoli	Apporto monetario
MINISTERO DELLA SALUTE	Valutazione del Progetto e congruità con le linee-guida	Cofinanziamento al 17,33%
REGIONE LAZIO	Coordinamento istituzionale	Cofinanziamento al 3,33%
COMUNE DI ROMA	Coordinamento funzionale svolto attraverso l'Ufficio "Osservatorio delle Povertà emergenti" istituito presso il Dipartimento Politiche Sociali	Apporto in termini di risorse umane pari al 7,68% del Budget
COMUNITA' DI S.EGIDIO-ACAP	Coordinamento operativo (Ente gestore)	Cofinanziamento al 71,66%

■ Costi del progetto

Il progetto prevede dei costi sia in termini di risorse umane che in termini di attrezzature, materiali, gestione e servizi (vedi Budget e Piano finanziario allegato) per una somma totale di €1.500.673,49.

Nell'ipotesi di seconda annualità il costo totale biennale ammonterà a € 2.515.775,12.

La Comunità di S.Egidio-ACAP si farà carico della maggior parte delle spese previste in termini di salari per gli operatori e altri compensi. Non va infatti trascurato che un progetto di così ampio respiro richiede un forte investimento in termini di risorse umane, sia quantitativo che qualitativo. Agli operatori socio-sanitari (custodi socio-sanitari) che materialmente garantiranno il servizio di monitoraggio, call-center e contatto con gli anziani, vanno certamente affiancate figure professionali di livello più elevato con funzioni direttive e di coordinamento. Quelle stesse figure

che hanno curato il disegno del progetto e che ne garantiranno il coordinamento e un monitoraggio continuo durante i due anni.

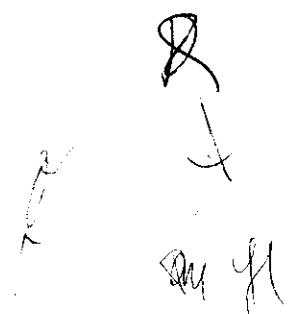
La stessa formazione degli operatori richiede l'impegno di personale esperto in tale campo e con specifiche competenze sulle politiche sociali e sugli aspetti sociali e sanitari dell'invecchiamento (medici, assistenti sociali, ecc.). Tale *know how* è difficilmente monetizzabile, ma costituisce peraltro uno degli aspetti peculiari del progetto derivando non solo dalle competenze specifiche sugli anziani, ma da un'esperienza più che trentennale che la Comunità di S.Egidio-ACAP può contare in tale ambito. Non va infine trascurato l'aspetto della logistica del progetto curato sin dalla fase dell'impianto del progetto da un esperto e l'aspetto amministrativo.

Per garantire un livello di professionalità alto la Comunità di S.Egidio-ACAP sosterrà con fondi propri più del 50% dei costi delle risorse umane. Si farà inoltre carico del totale dei costi di investimento (locali da ristrutturare, rete informatica e automezzi) nonché delle attrezzature e materiali necessari, per un importo pari a € 1.075.366,69 (71,66%)

Per quanto riguarda il personale è prevista anche una partecipazione di personale temporaneamente assegnato al Progetto dal Comune di Roma per un importo di € 115.306,80 pari al 7,68%.

E' previsto poi un contributo del Ministero della Salute nella misura del 17,30% del budget totale per un ammontare di 260.000,00 euro.

La Regione Lazio, infine, cofinanzierà il progetto con un proprio apporto di 50.000,00 euro per ogni annualità.



■ Scheda sulla Comunità di Sant'Egidio

La Comunità di Sant'Egidio e la solidarietà

La Comunità di Sant'Egidio nasce a Roma nel 1968. Oggi è un'associazione di laici a cui aderiscono più di 40.000 persone, impegnata nella solidarietà concreta verso chi è più debole a Roma, in Italia e in più di 60 paesi dei diversi continenti.

L'incontro con i poveri ha significato, fin dai suoi primi anni, un aspetto importante della vita della Comunità: bambini, stranieri, zingari, handicappati, anziani, prigionieri, malati, senza fissa dimora, non rappresentano delle categorie, ma i volti di tanti amici che hanno accompagnato e accompagnano il cammino di Sant'Egidio in tutti questi anni.

La fraternità con i poveri, vissuta come servizio volontario e gratuito, ha condotto la Comunità di Sant'Egidio ad impegnarsi attivamente nel sostegno delle popolazioni di molti paesi africani e delle aree più povere del mondo.

Questo impegno ha significato anche un diretto coinvolgimento della Comunità di Sant'Egidio nella ricerca della pace e del dialogo laddove esistono situazioni di conflitto.

La Comunità di S.Egidio-ACAP

Natura giuridica

La Comunità di S.Egidio-ACAP è un'associazione senza scopo di lucro ed apolitica. Le sue iniziative sia in campo nazionale che internazionale sono svolte da volontari, nell'ambito di quelle promosse dalla Comunità di Sant'Egidio.

Con i Decreti del Ministero degli Affari Esteri n. 1987/128/2908/3D del 20/2/1987, n. 128/004177/6 del 14/9/1988 e n. 3028/3 del 20/9/1993 l'Associazione è stata riconosciuta idonea ai sensi della Legge 26/2/1987 n.49 alla realizzazione di iniziative di informazione ed educazione sanitaria e allo sviluppo. Sotto tale veste è Onlus di diritto.

La Comunità di S.Egidio-ACAP ha per scopo "la promozione della giustizia e della sicurezza sociale, della pace, dello sviluppo, della cooperazione internazionale e della tutela dei diritti umani. Il conseguimento di questo scopo avviene assicurando dignità ed uguaglianza, garantendo i diritti delle persone, sviluppando ogni forma di solidarietà sociale tra gli individui, lottando contro ogni forma di povertà, promuovendo iniziative culturali, educative e di assistenza sociale e sanitaria" (art. 3 dello Statuto)

La Comunità di S.Egidio-ACAP organizza: forme di partecipazione attiva di tutta la popolazione, corsi di formazione, convegni, dibattiti, sia rivolti alla popolazione che ai soci; servizi specifici quali centri di accoglienza, strutture residenziali sociali e sanitarie, centri di riabilitazione, comunità-alloggio e case famiglia per minori, handicappati, anziani, cittadini senza fissa dimora, profughi e immigrati, mense sociali; attività di educazione e prevenzione sanitaria; servizi sociali, culturali, scolastici e sanitari a favore dei nomadi; servizi di assistenza e ascolto per la tutela dei diritti delle persone anziane; forme di cooperazione internazionale, in particolare nei paesi in via di sviluppo.

Convenzioni con Ministeri ed Enti Locali

La Comunità di S.Egidio-ACAP può stipulare convenzioni con Ministeri ed Enti Locali per la realizzazione di specifici progetti.

Nel corso degli ultimi anni la Comunità di S.Egidio-ACAP ha stipulato convenzioni con il Ministero del Lavoro (avvio di un progetto sperimentale di accoglienza a favore di cittadini stranieri convalescenti da gravi malattie), il Ministero degli Esteri (realizzazione di attività umanitarie in Guinea Bissau, Argentina ed Albania), alcuni grandi Comuni italiani (gestione di Mense sociali e di Comunità-alloggio per anziani, sperimentazione di nuove forme di reinserimento sociale di persone senza dimora, programmi di sensibilizzazione sul tema dei diritti umani) e tre Province (realizzazione di nuovi Centri di ascolto in materia di povertà emergenti, gestione di programmi di inserimento sociale di famiglie immigrate). Inoltre la Regione Lazio ha finanziato due progetti sperimentali di integrazione di famiglie, giovani immigrati e italiani.

La Comunità di Sant'Egidio e gli anziani

La Comunità di Sant'Egidio è impegnata fin dagli inizi nella promozione e nell'organizzazione di un servizio alla solidarietà verso le fasce più deboli della popolazione e, in particolare dal 1973, verso la terza età.

Oltre che in Italia i paesi dove la solidarietà con gli anziani della Comunità di Sant'Egidio è presente in modo più articolato sono: in Europa la Germania, il Belgio, la Svizzera, la Francia, il Portogallo, la Spagna, l'Irlanda, l'Ucraina, la Russia, l'Ungheria, la Cechia. Anche negli USA e in America Latina in Argentina, a San Salvador, in Guatemala. In Africa, le comunità presenti hanno cominciato a conoscere gli anziani in Mozambico, Costa d'Avorio e Camerun, Malawi, Tanzania, Congo Brazaville, Uganda e Burkina-Faso.

La caratteristica fondamentale di questo servizio è la valorizzazione dell'età anziana e la volontà di accompagnare, di essere vicini agli anziani nella loro debolezza. L'amicizia di chi è più giovane, segno concreto e quotidiano dell'alleanza della Comunità con gli anziani, è la chiave che permette di affrontare i complessi problemi generati dalla marginalità, dalla non autosufficienza

fisica e psichica, dalla solitudine, scongiurando per migliaia di anziani l'emarginazione, l'esclusione sociale, l'istituzionalizzazione.

L'impegno della Comunità di Sant'Egidio per gli anziani è volto a:

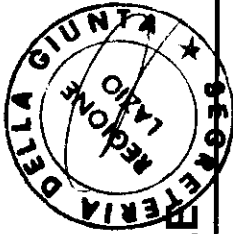
- Garantire e salvaguardare il diritto dell'anziano a rimanere nel suo contesto di vita, attraverso interventi di assistenza domiciliare e di sostegno alle attività quotidiane
- Promuovere attività di consulenza, orientamento e talvolta aiuto concreto per consentire agli anziani di continuare a vivere come e dove desiderano
- Organizzare campagne in difesa dei diritti degli anziani più deboli
- Promuovere forme di convivenza fra anziani in alternativa all'istituzionalizzazione, favorendo e valorizzando le risorse informali del territorio
- Realizzare case alloggio per anziani situate in quartieri del centro città, in stabili per abitazioni, per favorire lo svolgimento delle normali attività quotidiane e non perdere il legame con la vita del quartiere. Attualmente sono presenti a Roma, Napoli, Genova e Novara e ospitano complessivamente 30 anziani
- Favorire attività di solidarietà sociale fra gli anziani
- Lottare contro l'isolamento e l'abbandono che spesso si accompagna al ricovero in una struttura geriatrica. La Comunità di Sant'Egidio è presente in centinaia di istituti in Italia, in Europa e negli altri continenti con un servizio di animazione, accompagnamento e cura pastorale
- Sostenere iniziative culturali e sociali volte all'integrazione degli anziani istituzionalizzati nel tessuto sociale
- Organizzare mostre, spettacoli e concerti nelle case di riposo e negli istituti per lungodegenti.
- Dare vita ad attività culturali per l'interscambio generazionale.

Roma, aprile 2004.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



LEG. alla L. 570
25 GIU. 2004

BUDGET GENERALE

Piano finanziario 1^ annualità

Anno 2004

Sviluppo costi nell'eventuale progetto biennale	Numero	Unità di misura	# Unità di misura	Costo unitario	Costo (in EURO)
1. Risorse umane					
1.1 Salari lordi					
1.1.1. Direttivi	1	Mese	26	2.050,00	53.300,00
1.1.2. Tecnico/operativi	13	Mese	28	1.850,00	673.400,00
1.1.3. Amministrativi	1	Mese	26	1.850,00	48.100,00
1.2 Altri compensi					
1.2.1. Equipe di coordinamento generale	3	Mese	26	2.050,00	159.900,00
1.2.2. Esperti in politiche sociali e dell'invecchiamento					
1.2.3. Operatori di prossimità	3	Mese	26	1.000,00	78.000,00
1.2.4. Responsabili monitoraggio progetto	20	Mese	26	800,00	416.000,00
1.2.4. Responsabili monitoraggio progetto	2	Mese	26	1.000,00	52.000,00
Sub-totale costi per risorse umane					1.480.700,00






2. Costi di investimento					
2.1. Costruzioni (lavori di ristrutturazione di immobili in concessione)					
2.1.1. Uffici	1	Item	1	120.000,00	120.000,00
2.1.2. Spazi annessi	1	Item	1	35.000,00	35.000,00
2.1.3. Sala conferenze	1	Item	1	140.000,00	140.000,00
2.1.4. Rete informatica	1	Item	1	28.000,00	28.000,00
2.2. Automezzi (acquisto)					
2.2.1. Pullmino attrezzato per trasporto anziani	1	Item	1	28.000,00	28.000,00
2.2.2. Pullmino ad uso promiscuo persone/cose	1	Item	1	24.000,00	24.000,00
Sub-totale costi di investimento					375.000,00

3. Attrezzature, materiali e forniture					
3.1. Attrezzature tecniche					
3.1.1. Server di rete	1	Item	1	5.500,00	5.500,00
3.1.2. Personal computer completi di periferiche e software					
3.1.3. Centralino telefonico	1	Item	15	1.100,00	16.500,00
3.1.4. Telefoni fissi	1	Item	1	1.500,00	1.500,00
3.1.4. Telefoni fissi	1	Item	15	35,00	525,00
3.1.5. Telefoni cellulari completi di SIM	1	Item	60	50,00	3.000,00

Ministero Salute	Regione Lazio	Comune di Roma	Sant'Egidio (fondi propri)
155.400,00		103.600,00	26.650,00 77.700,00 24.050,00
155.400,00	0,00	103.600,00	79.950,00 39.000,00 208.000,00 26.000,00 481.350,00
0,00	0,00	0,00	120.000,00 35.000,00 140.000,00 28.000,00 28.000,00 24.000,00 375.000,00
			5.500,00 16.500,00 1.500,00 525,00 3.000,00

3.1.6. Fotocopiatrice					1	Item	1	1.800,00	1.800,00
-----------------------	--	--	--	--	---	------	---	----------	----------

1.800,00

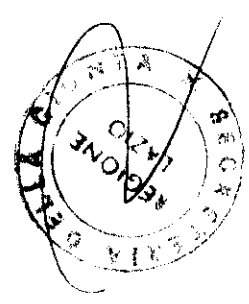






5.7. Interventi urgenti nelle case degli anziani a maggiore rischio					
5.7.1. Acquisto e installazione ventilatori e/o impianti di condizionamento	1	Anno	2	25.000,00	50.000,00
Sub-totale costi per attività ordinarie					271.700,00
6. Altri servizi					
6.1. Assicurazioni					
6.1.1. Assicurazioni R.C. attività, operatori e automezzi	1	Anno	2	6.200,00	12.400,00
6.2. Valutazione					
6.2.1. Valutazione servizi	1	Anno	2	2.500,00	5.000,00
6.3. Audit					
6.3.1. Audit	1	Anno	2	3.000,00	6.000,00
Sub-totale costi per attività ordinarie					23.400,00
TOTALE COSTI ELIGIBILI					2.260.355,00
Imprevisti (5% dei costi eligibili)					113.017,75
TOTALE COSTI DIRETTI ELIGIBILI					2.373.372,75
Spese amministrative generali (6% dei costi diretti eligibili)					142.402,37
COSTI TOTALI (24 mesi)					2.515.775,12

	5.000,00	15.000,00			5.000,00
	68.857,50	45.000,00	0,00		21.992,50
	4.960,00				1.240,00
	2.000,00				500,00
	2.400,00				600,00
	9.360,00	0,00	0,00		2.340,00
	233.617,50	45.000,00	103.600,00	966.187,50	
	11.680,88	2.250,00	5.180,00	48.309,38	
	245.298,38	47.250,00	108.780,00	1.014.496,88	
	14.701,62	2.750,00	6.526,80	60.869,81	
	260.000,00	50.000,00	115.306,80	1.075.366,69	

TOTALE 1^ ANNUALITA' (anno 2004)	1.500.673,49
---	---------------------

Ministero	Regione	Comune	di
Salute	Lazio	di Roma	Sant'Egidio
Percentuali	17,33	3,33	71,66



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

**SCHEMA DI CONVENZIONE TRA
MINISTERO DELLA SALUTE,
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA',
REGIONE LAZIO,
PER LA SPERIMENTAZIONE
DI UN SISTEMA DI PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO
DA PARTE DI SERVIZI DI CUSTODIA SOCIO-ASSISTENZIALE**



Il Ministero della Salute, c.f. n. 80242250589

rappresentato dal

, nato

a

il , domiciliato ai fini della presente convenzione in

nella sua qualità di

e

la Regione Lazio, c.f. n. 80143490581

rappresentata dal Dott. Salvatore Cirignotta, nato a Vittoria (RG) il 26/10/1954, domiciliato ai fini della presente convenzione in Roma, via Cristoforo Colombo, n. 212, nella sua qualità di Direttore del Dipartimento Sociale;

Istituto superiore di sanità, c.f. n. 80211730587

rappresentato dal Prof. Enrico Garaci, nato a Roma il 23/4/1942, domiciliato ai fini della presente convenzione in Roma, viale Regina Elena, 299, nella sua qualità di Presidente;

PREMESSO che:

- 1) il Piano Sanitario Nazionale 2002-2005 individua tra i propri obiettivi strategici la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza – fra gli altri - agli anziani;
- 2) il DPCM 29 novembre 2001 definisce i Livelli Essenziali di Assistenza stabilendo i campi di azione dell'assistenza distrettuale;

CONSIDERATO che:

- 1) durante la scorsa estate, una importante ondata di calore ha colpito il nostro Paese e temperature molto elevate sono rimaste costanti per oltre un mese, giorno e notte;
- 2) un'indagine rapida ha rilevato il numero di decessi, per fasce di età, nei 21 capoluoghi di regione e province autonome per il periodo 1/6-31/8 degli anni 2002 e 2003;
- 3) i risultati hanno dimostrato un significativo aumento del numero di decessi visibilmente correlato all'aumento delle temperature massime medie per periodo e che l'aumento è stato particolarmente significativo per gli anziani sopra i 75 anni e per il periodo 16/7-15/8-2003;
- 4) i dati epidemiologici esaminati, confortati dai numerosi studi scientifici già pubblicati su analoghe situazioni, permettono di estrapolare possibili indicazioni operative mentre la letteratura indica come un preesistente stato di malattia, lo stare solo, le condizioni abitative, l'abitare ai piani più alti, in case sprovviste di ascensore, il basso stato socio economico, l'assenza di impianti di condizionamento dell'aria sono fattori importanti di rischio associati alla mortalità mentre sono fattori protettivi l'accesso ad attività di gruppo, la possibilità di frequentare ambienti condizionati, l'assistenza socio-sanitaria domiciliare, la disponibilità di condizionamento in casa;

RITENUTO che:

- 1) nel nostro Paese le competenze di supporto per l'anziano sono distribuite tra istituzioni diverse (ASL, Distretti, Comuni, Associazioni di volontariato) ed occorre promuovere il loro più fattivo colloquio;
- 2) l'integrazione tra queste istituzioni e la mobilitazione di ulteriori risorse è elemento cruciale per qualsiasi efficace intervento orientato alla riduzione dell'eccesso di mortalità;
- 3) peraltro, l'invecchiamento della popolazione, il correlato aumento di patologie croniche e il carico di disabilità associato alle condizioni di cronicità rappresentano una realtà, comune a tutti i Paesi industrializzati, che si caratterizza per alcune peculiarità: è un'area in progressiva crescita; è un mondo che richiede solleciti interventi di prevenzione, una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e altresì servizi domiciliari e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese; è, infine, un settore assistenziale connotato da una copertura finanziaria insufficiente;
- 4) le strategie e gli interventi assistenziali volti a prevenire gli effetti nocivi di eccessi di temperatura sulla popolazione anziana dovrebbero tendere, da una parte, a una strettissima integrazione dei servizi sociali e sanitari e, dall'altra, allo sviluppo di un'adeguata rete di servizi domiciliari e di prossimità, superando così gli esistenti problemi di linee gerarchiche differenziate, di afferenze del personale dedicato all'assistenza a una pluralità di responsabili, di valutazioni dei bisogni non condivise, di interventi di sostegno del settore pubblico non coordinati, di azioni del terzo settore non concertate, ecc. e solo così potendo pervenire ad un'innovativa forma di assistenza continuativa integrata;
- 5) le criticità ora enunciate rappresentano sicuramente gli snodi di sistema che occorre più tempestivamente affrontare e risolvere, contestualmente all'istituzione di sistemi di allerta degli indici di temperatura tali da far scattare azioni di prevenzione e di intervento urgente;

CONSIDERATO che:

- 1) un gruppo di lavoro interistituzionale ha individuato un modello innovativo di presa in carico dell'anziano da parte di servizi di custodia socio-assistenziale, che si inserisce a pieno titolo nell'ambito delle politiche assistenziali perseguite dalla Regione Lazio;
- 2) la Regione Lazio ha valutato positivamente tale modello innovativo di presa in carico dell'anziano, ha aderito alla proposta di effettuarne la sperimentazione gestionale nel proprio territorio e, conseguentemente, ha definito un progetto di intervento, secondo le linee pianificatorie riportate nell'allegato A, che forma parte integrante della presente Convenzione;
- 3) il municipio "Centro Storico" del comune di Roma, in particolare nei quartieri Trastevere e Testaccio, dell'azienda Sanitaria Locale RM/A sono i territori individuati quali sedi della sperimentazione;
- 4) la sperimentazione di cui al precedente comma si pone come obiettivo la verifica di fattibilità di un modello innovativo di presa in carico dell'anziano, presso il proprio domicilio, da parte di servizi di custodia socio-assistenziale;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Articolo 1

Oggetto della Convenzione

1. I soggetti sottoscrittori della *Convenzione* si impegnano a realizzare nel municipio "Centro Storico" del Comune di Roma il progetto "Viva gli Anzani" (Custodia socio-assistenziale degli anziani), finalizzato alla prevenzione dei danni alla salute della popolazione anziana a rischio di isolamento sociale, indotti da eccessi di temperatura ambientale, come dettagliatamente descritto nel precitato allegato A, che costituisce parte integrante della presente convenzione.

Articolo 2

Impegni dei contraenti

1. Il Ministero della Salute concorre alla copertura dei costi di funzionamento della sperimentazione con un finanziamento complessivo di € 260.000,00 (€ duecentosessantamila) da finalizzare alle attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana che sarà trasferito alla Regione Lazio con le modalità previste al successivo articolo 4. Il Ministero della salute provvede altresì alla erogazione a favore dell'Istituto superiore di sanità della somma di € 25.000,00 (€ venticinquemila) con le modalità previste al successivo articolo 4.
2. L'Istituto superiore di sanità coordina a livello scientifico la sperimentazione e ne valuta i risultati.
3. La Regione Lazio è responsabile dell'attuazione del progetto e garantisce il coordinamento istituzionale della sperimentazione, secondo le modalità e le quote di partecipazione definite nell'allegato A.

Articolo 3

Tempi di attuazione

1. La presente convenzione ha la durata di dodici mesi a decorrere dalla data della sua sottoscrizione.

Articolo 4

Modalità di erogazione

1. Alla Regione Lazio è erogata da parte del Ministero della salute la somma di € 260.000,00 (€ duecentosessantamila) secondo le seguenti modalità:
 - 50%, all'atto dell'inizio delle attività e comunque ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione della presente convenzione da parte degli Organi di controllo;
 - 50%, al termine del periodo di sperimentazione, previa presentazione di idonea documentazione contabile giustificativa, nonché dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Comitato di controllo di cui al successivo articolo 5.
2. All'Istituto superiore di sanità è erogata, da parte del Ministero della salute, la somma di € 25.000,00 (€ venticinquemila) all'atto dell'inizio delle attività e comunque ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione della presente convenzione da parte degli Organi di controllo.

Articolo 5

Comitato di Controllo

1. Il monitoraggio del progetto è realizzato attraverso un Comitato di Controllo, composto da un rappresentante di ciascuno degli Enti sottoscrittori della convenzione.
2. Le attività di coordinamento del Comitato sono affidate al rappresentante della Regione Lazio.

Articolo 6
Norme regolatrici della convenzione

1. La Convenzione deve essere eseguita con l'osservanza di tutti i patti, oneri e condizioni previsti dalle clausole del presente atto, dalle vigenti norme della contabilità di Stato e dalle disposizioni del codice civile.
2. I sottoscrittori della presente convenzione si impegnano ad operare nel pieno rispetto delle leggi e regolamenti vigenti.
3. E' espressamente convenuto che il presente atto si risolve qualora si accerti che lo svolgimento della prevista sperimentazione non avviene, per qualsiasi causa, secondo i tempi e le modalità dell'accordo.

Articolo 7
Foro competente

1. Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione all'interpretazione, all'esecuzione e/o validità della Convenzione, il Foro competente è esclusivamente quello di Roma.

La presente Convenzione si compone di 7 articoli e viene redatta in cinque copie originali.
L'allegato A costituisce parte integrante della presente convenzione.

Roma,

Letto, confermato e sottoscritto
Per il Ministero della salute:
Dott. Fabrizio Oleari

Per l'Istituto superiore di sanità:
Prof. Enrico Garaci

Per la Regione Lazio:
Dott. Salvatore Cirignotta

