



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04/08/2005

=====

ADDI' 04/08/2005 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	DE ANGELIS	Francesco	Assessore
POMPILI	Massimo	Vice Presidente	DI STEFANO	Marco	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MANDARELLI	Alessandra	"
BATTAGLIA	Augusto	"	MICHELANGELI	Mario	"
BONELLI	Angelo	"	NIERI	Luigi	"
BRACHETTI	Rentino	"	RANUCCI	Raffaele	"
CIANI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
			VALENTINI	Daniela	"

ASSISTE IL VICE SEGRETARIO: Domenico Antonio Cuzzupi

*****OMISSIS

ASSENTI: Bonelli-Brachetti-Ciani-Michelangeli-Rodano
Valentini

DELIBERAZIONE 735

Oggetto:

Progettazione ammissibile a finanziamenti comunitari e nazionali. Prosecuzione del progetto denominato "Viva gli Anziani" finalizzato alla prevenzione dell'isolamento sociale e dei danni alla salute della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro Storico" e approvazione del relativo schema di convenzione.



735 - 4 AGO. 2005 *Der*

OGGETTO: Progettazione ammissibile a finanziamenti comunitari e nazionali. Prosecuzione del progetto denominato "Viva gli Anziani" finalizzato alla prevenzione dell'isolamento sociale e dei danni alla salute della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro Storico" e approvazione del relativo schema di convenzione.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alle Politiche Sociali, di concerto con l'Assessore alla Sanità e l'Assessore al bilancio, Programmazione economico-finanziaria e partecipazione

VISTO il bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2005, approvato con L.R. 17 febbraio 2005 n° 10 ed in particolare gli stanziamenti di cui al Cap. C11103 per il cofinanziamento regionale di progetti ammissibili a finanziamenti nazionali, nonché le procedure a questo connesse;

PREMESSO che il piano Sanitario Nazionale 2003-2005 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;

VISTO l'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004 sugli indirizzi progettuali per le regioni relativamente allo sviluppo di una rete integrata dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per i soggetti fragili;

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;

CONSIERATO che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli dovuti al progressivo riscaldamento del pianeta, sono da considerare tra i più rilevanti problemi sanitari che dovranno essere affrontati per evitare un notevole carico di sofferenza e morte nei gruppi più suscettibili della popolazione;

CONSIERATO che le attuali previsioni meteo annunciano la possibilità di un'estate con temperature pari, se non superiori, a quelle dell'estate del 2003;

CONSIERATO che lo scorso anno la Regione Lazio con DGR 25 giugno 2004 n° 570 ha avviato con la Comunità di Sant'Egidio e il Comune di Roma la sperimentazione di un sistema di presa in carico dell'anziano da parte dei servizi di custodia socio-sanitaria nel municipio "Centro Storico" del Comune di Roma avente come obiettivo prioritario la verifica di fattibilità di un modello innovativo di presa in carico dell'anziano presso il proprio domicilio;

CONSIDERATO che detta sperimentazione si inserisce a pieno titolo nell'ambito delle politiche assistenziali perseguite da questa Regione;

CONSIDERATO che il Ministro della Salute, con nota GAB/2689-P/T 3C/2, ha espresso la necessità di rinnovare la sperimentazione dei servizi di custodia socio-assistenziale degli anziani per una seconda annualità mediante stipula di apposita convenzione tra il Ministero della Salute e la Regione Lazio prevedendo un contributo di € 300.000,00;



735 - 4 AGO. 2005 *leg*

RITENUTO che la Regione Lazio intende accogliere l'indicazione del Ministero della Salute ed estendere la sperimentazione ad una seconda annualità ridefinendo conseguentemente il progetto di intervento e proseguendo la collaborazione con il Comune di Roma e la Comunità di S. Egidio;

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 € 658.184,40 di cui € 190.800,00 a carico della comunità di S. Egidio, € 117.384,40 a carico del Comune di Roma, € 300.000,00 a carico del Ministero della Salute ed € 50.000,00 quale quota di cofinanziamento, a carico della Regione Lazio;

RITENUTO opportuno, in relazione alla rilevanza del progetto, assicurare il riconoscimento del cofinanziamento regionale pari a euro 50.000,00 utilizzando gli stanziamenti di cui al Cap. C11103 per il cofinanziamento regionale di progetti ammissibili a finanziamenti nazionali, secondo le procedure a questo connesse;

CONSIDERATO che il progetto "Viva gli Anziani" 2° annualità All. A parte integrante del presente atto, formerà oggetto di apposita convenzione tra la Regione e il Ministero della Salute;

VISTA la bozza di convenzione di cui al punto precedente, All. B parte integrante della presente deliberazione;

All'unanimità

DELIBERA

- di approvare la prosecuzione del progetto "Viva gli Anziani" per la prevenzione dell'isolamento sociale e della mortalità della popolazione anziana del Municipio di Roma "Centro Storico", All. A e parte integrante del presente atto;
- di stanziare € 50.000,00 quale quota di cofinanziamento regionale per progetti ammissibili a finanziamenti nazionali a valere su Cap. C11103;
- di approvare il relativo schema di convenzione tra la Regione Lazio e il Ministero della Salute, All. B e parte integrante del presente atto.



IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL VICE SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio Cuzzupi

10 AGO. 2005



ALLEG. alla DELIB. N. 435 *lu*
- 4 AGO, 2005

ALLEGATO A

REGIONE LAZIO

COMUNE DI ROMA

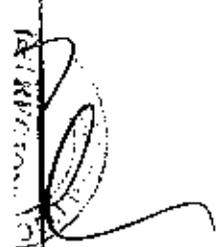
COMUNITA' DI SANT'EGIDIO

“Viva gli anziani!”

Programma per la prevenzione dell'isolamento sociale
e della mortalità della popolazione anziana
del Municipio Roma “Centro storico”

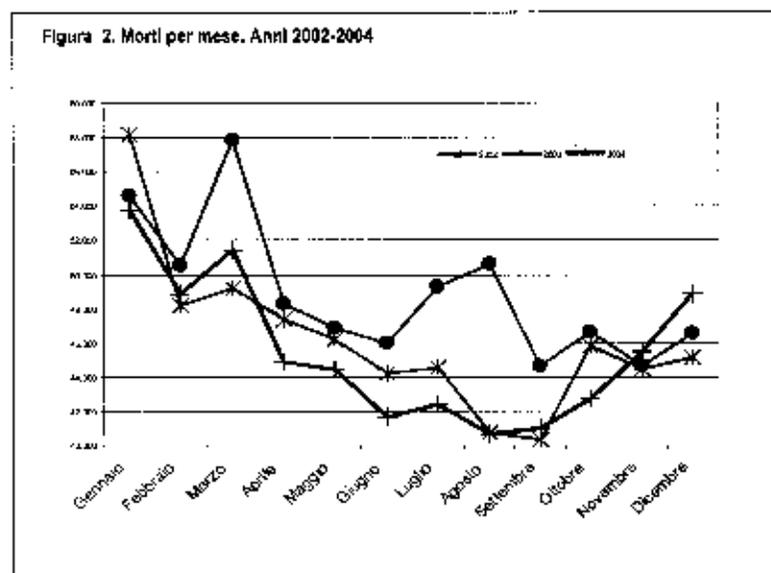
Il Anno di Sperimentazione

Luglio 2005



■ Le premesse del Programma

Il Programma Viva gli Anziani è giunto al termine del suo primo anno di attività e nel prossimo periodo di sperimentazione si intendono consolidare i risultati raggiunti e procedere ad una verifica degli obiettivi prefissati. L'implementazione del Servizio è giunta alle sue fasi conclusive e necessita di un rodaggio e di una messa a punto della metodologia di intervento.



Il Programma, è noto, ha preso le mosse dallo straordinario incremento di mortalità che, nell'estate del 2003 ha colpito soprattutto gli anziani e, in particolare, gli anziani ultrasessantacinquenni.

Il 27 giugno del 2005, l'ISTAT ha reso noti i dati definitivi relativi alla mortalità del 2004 con un confronto con i dati, ormai definitivi del 2003.

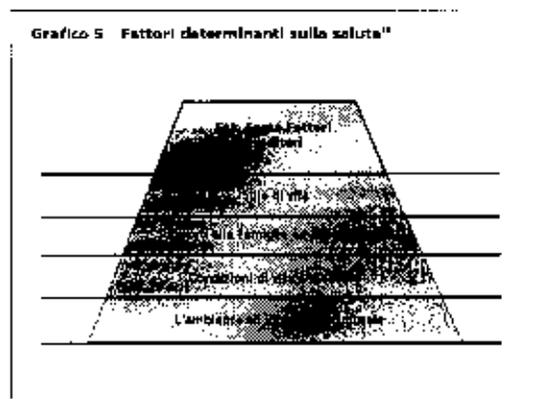
"Il 2003, infatti, aveva risentito della forte ondata di caldo estivo che aveva provocato, nel periodo giugno settembre, quasi ventimila morti in più rispetto agli stessi mesi del 2002".¹ Se prendiamo la percentuale che l'Istituto Superiore di Sanità ha calcolato nelle città capoluogo oggetto della sua indagine, per il 92% dei casi si è trattato di anziani ultrasessantacinquenni, le cui morti sono aumentate del 21,3%.

Non ci si sofferma ulteriormente sulle proporzioni da tragedia che questo dato evidenzia, se non per dire che la motivazione alla base degli interventi del programma risulta essere rafforzata: sono necessari interventi di prevenzione sociale e sanitaria su larga scala che affranchino la popolazione e in particolare gli anziani e gli anziani ultrasessantacinquenni dai rischi derivanti dagli eventi critici.

Del resto su questa linea si muovono i documenti delle Agenzia europee e internazionali che, immaginando gli scenari futuri della popolazione, auspicano ed

¹ Comunicato Stampa ISTAT del 27 Giugno 2005

invitano i governi a pensare e rafforzare quelle politiche di intervento e di sostegno rivolte agli anziani al fine di promuovere sinergie e integrazioni di livelli diversi.²



Fonte: Unione Europea.

L'Unione Europea nel suo "Rapporto Sociale nell'Unione Europea-2003", non esita a dichiarare. "Benché il settore sanitario svolga un ruolo decisivo ai fini della cura delle malattie e del mantenimento della buona salute, lo stato generale di salute dei cittadini è determinato in misura significativa dalle condizioni socioeconomiche e ambientali e dallo stile di vita"³

La sfida è duplice: "Da un lato, - continua il rapporto - la continua necessità di ottimizzare il rapporto costo/efficacia dei sistemi sanitari a fronte di forti elementi di mutamento strutturale quali l'invecchiamento e le nuove tecnologie mediche. Dall'altro lato, gli ampi margini di manovra per sviluppare maggiori sinergie fra le politiche sanitarie e altre politiche in grado di influenzare i fattori ambientali e socioeconomici che incidono sulla salute."⁴

In questa linea si sta muovendo il Programma, convinti che l'approccio necessario per affrontare tematiche così complesse e tra loro interconnesse, sia quello globale. La mortalità del caldo, non può essere letta e interpretata solo come il

² Organizzazione Sociale della Sanità Active Ageing 2002 . Si riporta per esteso un passaggio significativo del documento che spiega bene la "filosofia" di fondo del programma Viva gli anziani". «Social Support. Inadequate social support is associated not only with an increase in mortality, morbidity and psychological distress but a decrease in overall general health and well being. Disruption of personal ties, loneliness and conflictual interactions are major sources of stress, while supportive social connections and intimate relations are vital sources of emotional strength (Gironda and Lubben, in press). In Japan, for example, older people who reported a lack of social contact were 1.5 times more likely to die in the next three years than were those with higher social support (Sugiswawa et al. 1994). (...)Social isolation and loneliness in old age are linked to a decline in both physical and mental well being.(...) Decision-makers, nongovernmental organizations, private industry and health and social service professionals can help foster social networks for ageing people by supporting traditional societies and community groups run by older people, voluntarism, neighbourhood helping, peer mentoring and visiting, family caregivers, intergenerational programmes and outreach services.»

³ Commission européenne, *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Luxembourg, 2003 cit. Pag 12

⁴ Commission européenne, *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Luxembourg, 2003 cit. Pag 12

prodotto di un quadro clinico-medico soggettivo. L'età avanzata, la solitudine, le condizioni socio-economiche, la difficoltà di accesso ai servizi, hanno mostrato una evidenza epidemiologica straordinaria nella mortalità per il caldo ma anche in tutti gli studi che hanno indagato sulle ricadute sullo stato di salute degli indicatori "sociali". In altre parole, la mortalità dovuta al caldo giunge alla fine di una cascata di accadimenti ed è solo la riprova ulteriore di un fenomeno che va assunto e compreso nella sua interezza. L'evento critico può essere rappresentato, anche se non solo, dalle temperature eccessive, il caldo e il freddo, e può costituire, per le sue caratteristiche intrinseche, ma anche per la situazione sulla quale va ad insistere, una fonte di rischio grave per l'impatto che produce nelle condizioni di vita dei soggetti.

Bisogna agire sui comportamenti individuali, sulle condizioni di vita, sulle reti sociali che sono alla base non solo della mortalità per il caldo ma più in generale dell'aumento della mortalità, della disabilità, della morbilità delle persone anziane.

Le strategie, poi, da mettere in atto, debbono tenere conto della concomitanza e dell'influenza di fenomeni diversi: l'invecchiamento della popolazione older older, la modificazione delle strutture familiari, l'organizzazione sociale della città, la morbilità incrementata dalle condizioni di isolamento sociale, i comportamenti individuali, l'aumento del numero degli hard to reach, tutto deve essere tenuto insieme da uno sguardo d'insieme che operi una sintesi e produca un modello di intervento che tenga conto delle variabili in gioco: comportamenti individuali, assetto urbano, reti di supporto, condizioni di vita, stato di salute età etc.

A proposito dell'importanza delle reti sociali il rapporto dell'Unione Europea afferma. "Il sostegno sociale è un fattore importante per la salute ed assume un ruolo decisivo per assicurare buone condizioni di salute ai due estremi del ciclo della vita. Le reti sociali – formate da familiari, parenti, conoscenti e amici – contribuiscono a salvaguardare e migliorare lo stato di salute degli individui. Esse possono agevolare l'accesso alle cure mediche e ai servizi sanitari, fornire una grande quantità di assistenza informale e contribuire a mitigare l'impatto di eventi negativi."⁵

Il Programma Viva Gli anziani, si inserisce perfettamente in questa linea di riflessione, raccoglie la sfida ma anche l'opportunità che l'invecchiamento demografico rappresenta per costruire modelli di vita migliori per gli anziani di oggi, per noi che lo saremo domani, per tutti. "L'attuazione di strategie volte a promuovere comportamenti che promuovano la salute richiede l'ampia partecipazione di una vasta gamma di soggetti. Al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e di diffondere una maggiore conoscenza dei fattori di rischio per la salute occorre un'azione concertata ed equilibrata a livello delle amministrazioni pubbliche, delle comunità e dei singoli individui. Inoltre, le potenzialità dell'azione comunitaria da parte di organizzazioni non governative, gruppi locali e altri soggetti stano assumendo un ruolo crescente e dovrebbero ricevere la dovuta attenzione"⁶.

Un programma di intervento, dunque, che raggiunga tutta la popolazione anziana ultrasettantacinquenne dei due territori Testaccio e Trastevere del Centro Storico di Roma.

⁵ Commission européenne, *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Luxembourg, 2003 cit. Pag 16

⁶ Commission européenne, *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Luxembourg, 2003 cit. Pag 16



La ragione di indirizzare il monitoraggio a tutti gli anziani ultrasessantacinquenni riposa su varie constatazioni confermate anche dal lavoro ~~del~~ del primo anno. La prima riguarda la possibilità o meno di poter individuare con certezza a priori gli anziani fragili. È noto come l'età sia essa stessa un fattore di rischio determinante nelle statistiche di mortalità (non solo quelle avanzate ma anche infantili 0-4 anni) "La capacità di termoregolazione di un individuo è fortemente condizionata da diversi fattori, come l'età (ridotta nei bambini tra 0 e 4 anni, e negli anziani sopra i 65 anni di età), uno stato di malattia e presenza di febbre, una condizione cardiovascolare o circolatoria o respiratoria, obesità, malattie mentali, uso di droghe e alcol. E' chiaro che per le condizioni fisiche generalmente più fragili, le persone anziane sono soggetti molto più facilmente a rischio. Tuttavia, anche persone giovani se compiono sforzi eccessivi, come per esempio attività fisica e lavorativa intensa, in condizioni di temperatura elevata possono subire conseguenze anche grave"⁷

Un altro fattore di rischio importante riguarda il cosiddetto effetto "dell'isola urbana": "Nell'ambito delle conseguenze sulla salute umana delle ondate di calore l'elemento centrale da considerare è l'effetto "isola di calore urbana". In condizioni di elevata temperatura e umidità, le persone che vivono nelle città hanno un rischio maggiore di mortalità rispetto a coloro che vivono in ambiente suburbano o rurale. Inoltre, è stato osservato e documentato come questo effetto sia maggiore nelle città in cui il clima è solitamente temperato o fresco. Per quanto riguarda poi le persone a maggiore rischio, diversi studi condotti in seguito alle ondate di calore hanno mostrato un incremento di mortalità più consistente tra coloro che hanno più di 65 anni."⁸ Quindi tutti gli anziani ultrasessantacinquenni dei due quartieri Trastevere e Testaccio, in caso di emergenza caldo sono sottoposti, tutti, a fattori ambientali a rischio.

Un altro fattore che può incidere sull'esposizione ai rischi caldo è rappresentato dai comportamenti individuali degli anziani. "fare la cosa giusta" può fare la differenza e sono quindi necessarie azioni che mirino, almeno in parte a modificare quei comportamenti non solo non protettivi ma che addirittura espongono a rischi.



Sempre nel documento del ministero della Salute troviamo descritte le Misure specifiche e raccomandazioni per la popolazione: "Parallelamente al piano di azione si deve sviluppare un sistema di informazione e di raccomandazioni rivolte direttamente al pubblico, per rendere le persone consapevoli di quali misure adottare anche individualmente o all'interno della propria famiglia. A seconda dei tre livelli, prima dell'ondata di calore, allarme e emergenza, si definiscono una serie di azioni possibili e alcuni esempi di misure specifiche. In particolare, una popolazione informata sicuramente è meno soggetta a subire gli effetti negativi dell'onda di

⁷ Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione *Direzione Generale Prevenzione Sanitaria*, BOZZA DI LINEE GUIDA PER PREPARARE PIANI DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA VERSO GLI EFFETTI SULLA SALUTE DI ONDATE DI CALORE ANOMALO Roma, 1 luglio 2004

⁸ Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione *Direzione Generale Prevenzione Sanitaria*, BOZZA DI LINEE GUIDA PER PREPARARE PIANI DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA VERSO GLI EFFETTI SULLA SALUTE DI ONDATE DI CALORE ANOMALO Roma, 1 luglio 2004

calore. E' quindi importante identificare modalità di diffusione dei consigli generali per promuovere comportamenti corretti e prudenti nelle persone."⁹

Tutti gli anziani ultrasettantacinquenni, se agiscono dei comportamenti "sbagliati", vanno incontro a dei rischi a prescindere dalla situazione soggettiva di partenza. Bere molto, non uscire durante le ore critiche, etc. comporta una modificazione dello stile di vita di un soggetto e può avvenire solo attraverso una campagna di informazione capillare, personalizzata, ripetuta, ravvicinata, non allarmistica come a volte invece avviene, su un piano di comunicazione efficace ed individuale

In effetti, per quello che si è potuto osservare, 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 Programma prevede la realizzazione di un centro operativo di monitoraggio permanente di tutte le situazioni di anziani ultrasettantacinquenni a rischio di isolamento sociale in uno specifico territorio.

Il Programma è 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.

■ Il primo anno di sperimentazione

Il programma, ad un anno dal suo inizio, ha raggiunto i seguenti obiettivi intermedi:

1. Ha realizzato un Osservatorio permanente sviluppando 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.
2. Ha predisposto una procedura informatica ad hoc per gestire i dati e gli interventi del Programma incrociati con i dati sugli anziani ultrasettantacinquenni e gli attori delle reti sociali.

⁹ Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione *Direzione Generale Prevenzione Sanitaria*, BOZZA DI LINEE GUIDA PER PREPARARE PIANI DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA VERSO GLI EFFETTI SULLA SALUTE DI ONDATE DI CALORE ANOMALO Roma, 1 luglio 2004

- 
3. Ha costruito dei canali di comunicazione produttivi con gli operatori del settore mediante incontri periodici di scambio e formazione agli operatori avviando un proficuo confronto e riflessione sulle tematiche legate agli anziani.
 4. Ha realizzato e portato a termine due campagne di comunicazione e di informazione, "Sole Sì e Soli No", sui rischi per il caldo ed "Insieme fa meno freddo", sui rischi legati al freddo, rivolte a tutta la popolazione residente nel territorio interessato attraverso azioni di informazione, consulenza, diffusione degli interventi e dei servizi in favore degli anziani;
 5. Ha messo a punto una metodologia di intervento standardizzata con azioni diversificate nei diversi periodi di allarme, di preallarme e non allarme. Lo scopo è quello di identificare, a partire dal Programma, una serie di "buone pratiche" che dimostrino la propria efficacia e che siano riproducibili.
 6. Ha ideato e portato a termine due moduli formativi specifici per la preparazione professionale degli operatori di quartiere.

■ Gli obiettivi

Il lavoro del Programma svolto nel suo primo anno di vita ha evidenziato, ancora una volta, quanto sia importante, nei casi di emergenza caldo, che la popolazione sia resa partecipe e consapevole dei rischi e informata adeguatamente dei comportamenti corretti da mettere in atto in caso di allarme per le temperature eccessive.

La **comunicazione** [azione innovativa] a volte non pensata e improvvisata a ridosso degli eventi critici non raggiunge gli obiettivi desiderati e genera, a volte un allarme controproducente nella popolazione, soprattutto anziana.



Una comunicazione capillare, personale, ripetuta, adeguata all'interlocutore, semplice tempestiva ha le caratteristiche dell'efficacia e risponde ai fini di una **"educazione sanitaria"** [azione innovativa] della popolazione.

Inoltre, allargare il patrimonio delle conoscenze a tutti coloro che a vario titolo e con i diversi ruoli professionali aiutano gli anziani, mediante un **aggiornamento** [azione innovativa] ed una **formazione** [azione innovativa] predisposta ad hoc, risponde ad una esigenza sentita e diffusa tra gli operatori socio-assistenziali che operano nel settore.

Gli obiettivi specifici individuati dal Programma 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 Programma, 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 prevengano 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, ecc.
 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

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

La scelta di rivolgere alcune delle attività, campagna di informazione capillare attraverso l'invio di lettere, telefonate e se necessario ricerca porta a porta, alla generalità della popolazione ultrasettantacinquenne, si è mostrata una strategia efficace al fine di:

- Ridurre il rischio di escludere a priori con dei criteri selettivi rigidi gli "hard to reach" che, come è noto, restano in una zona grigia, non raggiunti dai servizi o dagli operatori se non quando è troppo tardi per effettuare qualsiasi intervento anche solo riparativo. Con la prima ondata di calore circa 12 interventi sono stati necessari per anziani che non erano stati ricoverati da molti anni, non avevano contatti con il loro medico di base, etc.
- Ridurre la normale diffidenza degli anziani che si sono trasmessi tra loro delle informazioni rassicuranti circa il Programma e gli operatori. Non pochi anziani "che stanno bene" sono stati il canale per raggiungere anziani più diffidenti e isolati. 

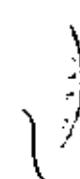
- 
- Una campagna di informazione più capillare è, senza dubbio più efficace nel diffondere informazioni circa i comportamenti corretti da tenere in caso di allarme per le temperature eccessive. Gli anziani tra loro si ricordano i consigli circa il bere molto o il non uscire in alcune ore del giorno.
 - Il non procedere in modo selettivo diminuisce negli anziani la sensazione di entrare a fare parte di un gruppo segnato da uno stigma particolare. Si è raggiunti dal Programma non perché "assistiti", poveri, fragili malmessi etc. ma perché semplicemente anziani. Questo ha particolarmente aiutato con gli anziani che hanno magari un buon livello economico, ma sono soli e con poche relazioni, che, a ragione, non vogliono essere considerati dei "poveri assistiti" ma che con il caldo sono particolarmente esposti ai rischi per la loro salute.

■ Il territorio di attuazione

Centro Storico di Roma: Rioni Trastevere – Testaccio

Visto il carattere sperimentale del Programma, 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.

La scelta iniziale, dimostratasi poi ragionevole nei fatti, è stata motivata:

- 
- Da una notevole concentrazione di anziani e di anziani ultra settantacinquenni. Rispetto alla media cittadina che vede una percentuale dell'8,6 per cento di anziani ultra settantacinquenni sulla popolazione totale, il centro storico ha una percentuale dell'10,9 per cento. Più di due punti percentuali in più. Anche l'indice di vecchiaia è un dato piuttosto significativo: 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.
 - Sono due zone con una alta densità urbana e sottoposte all'effetto "isola di calore" più di altre zone periferiche della città
 - Sono due Rioni storicamente "popolari" del Centro Storico. In effetti una larga fascia di popolazione anziana ha un livello socioeconomico medio basso
 - L'assetto urbanistico e le condizioni abitative degli anziani risentono della presenza di numerosi "ostacoli" alla autonomia degli anziani. La mancanza di ascensori, la fatiscenza delle abitazioni, i parcheggi selvaggi, la presenza di barriere architettoniche in molti degli uffici e dei servizi, limitano grandemente i movimenti degli anziani provocando il fenomeno del "confinamento" nella propria abitazione anche in anziani che non presentano particolari limitazioni o handicap. In altra zone della città, si pensi anche solo alla presenza degli ascensori nei nuovi insediamenti delle case popolari, tali impedimenti sono di gran lunga inferiori.



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.

Gli anziani ultrasettantacinquenni dei due Rioni ed attualmente monitorati dal Programma sono 2245.

■ Le fasi del Programma

Il Programma si è articolato in quattro fasi distinte le prime due fasi nel corso del primo anno sono state portate ad un buon livello di avanzamento:

1. Fase preliminare di implementazione e studio del territorio, che ha previsto 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 Programma;
 - 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.

2. Fase di avvio del Programma, 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 Programma;
- 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.

■ Le modalità di realizzazione

Il Programma nel suo secondo anno di lavoro intende consolidare e rafforzare l'implementazione del servizio. Le fasi previste sono le seguenti.

1. Fase di implementazione e studio del territorio, che prevede a sua volta le seguenti azioni:

- 
- Proseguire il lavoro di 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;
 - Aggiornamento e messa a punto dell'elenco degli anziani monitorati dal Programma con l'inserimento graduale degli anziani che compiono i 75 anni durante l'anno;
 - la realizzazione di una centrale telefonica, con orario di apertura diurno;
 - La messa a punto e il rodaggio del programma informatizzato ora in uso da I programma;
 - La lettura e la valutazione dei dati che emergono dal questionario somministrato ai 402 anziani ultrasettantacinquenni;
 - formazione e aggiornamento degli operatori di quartiere, in materia di valutazione, di comunicazione, di politica sociale, di conoscenza dei servizi sociali territoriali, ecc.

2. Fase di avvio del Programma, attraverso le seguenti azioni:

- Continuare nel lavoro di presa di contatto con le realtà sociali, politiche ed associative del territorio, per una collaborazione per il raggiungimento dei fini del progetto;
- Continuare nel lavoro di collegamento 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.

3. Fase operativa, che presuppone le seguenti azioni:

- 
- realizzazione nei periodi critici (invernali ed estivi) delle due campagne informative contro i rischi delle temperature eccessive.
 - 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 cronoprogramma 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 Programma. Questo lavoro è un tratto costante e caratteristico di tutto il Programma;
 - aggiornamento permanente della banca dati sulle risorse del territorio;
 - la verifica delle situazioni prese in carico.

4. Fase di verifica e di ridefinizione degli obiettivi, a partire dai risultati raggiunti, a sua volta articolata in due tempi. La prima verifica è in itinere e prevede dei feed back sulla realizzazione degli obiettivi a medio termine e sulla congruità delle azioni messe in atto. La seconda verifica riguarda, invece degli indicatori quali il numero dei ricoveri ospedalieri e gli indici di mortalità e la loro variazione negli anni.

Per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e della valutazione in itinere:

- 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.
- Gradimento del Servizio da parte degli anziani. Finora del 98 per cento.



Per la valutazione finale

- Valutazione a 24 mesi di *outcome* in termini di:
 - Variazioni della mortalità (in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio con la quale è in piedi una collaborazione formale a questo scopo)
 - variazioni nell'andamento dei ricoveri ospedalieri con causa dei ricoveri. (in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio)
 - soddisfazione del cittadino.

■ Personale

Il servizio prevede il coinvolgimento delle seguenti figure professionali:

- un coordinatore
 - due operatori informatici
 - un impiegato amministrativo
 - due operatori dell'Equipe di coordinamento generale
 - tre assistenti sociali esperti in politiche dell'invecchiamento
 - dieci operatori di quartiere sul territorio e nel centro operativo
 - un responsabile del monitoraggio del Progetto
- 

■ 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 fragili con interventi individualizzati.
Si prevede la presa in carico dei singoli anziani:
 - a) con la segnalazione degli stessi operatori del Programma 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;
 - c) con la segnalazione da parte di terzi (parenti, conoscenti, vicini, operatori dei servizi, volontari, altro):
- 3 verifica della situazione presso il domicilio dell'anziano di una assistente sociale, 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;
- 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 Programma e congruità con le linee-guida	Cofinanziamento al 45,58%
REGIONE LAZIO	Coordinamento istituzionale	Cofinanziamento al 7,60%
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 17,83% del Budget
COMUNITA' DI S. EGIDIO-ACAP	Coordinamento operativo (Ente gestore)	Cofinanziamento al 28,99% (*)

(*) *Nella presente annualità (la seconda) la Comunità di S.Egidio-ACAP impegnerà - in termini assoluti - risorse inferiori alla precedente avendo sopportato nel 2004 il 100% dei costi di investimento (lavori di ristrutturazione dei nuovi uffici - acquisto di mobilio e altre attrezzature tecniche - acquisto di hardware e software).*

■ Costi del Programma [vedi allegato]



■ 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 Programma 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, Luglio 2005.



Ministero della Salute



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

PREMESSO che:

- 1) il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 pone 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;
- 3) l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 29 luglio 2004, sugli indirizzi progettuali per le regioni per l'anno 2004, fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai modelli organizzativi del Servizio sanitario regionale, propone di sviluppare la rete integrata dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per i soggetti fragili, dando particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete;

CONSIDERATO che:

- 1) negli ultimi decenni sono stati registrati significativi cambiamenti climatici in Europa e diversi studi hanno previsto che l'instabilità del clima porterà ad un aumento della frequenza e dell'intensità delle temperature estreme;
- 2) secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli dovuti al progressivo riscaldamento del pianeta, sono da considerare tra i più rilevanti problemi sanitari che dovranno essere affrontati efficacemente nei prossimi decenni, per evitare un notevole carico di sofferenza e morte nei gruppi più suscettibili della popolazione;
- 3) nell'estate 2003, la più calda degli ultimi cinquanta anni sia per le temperature massime che minime, uno studio nazionale ha rilevato un eccesso di mortalità che ha interessato in larghissima prevalenza le persone anziane di età pari o superiore a 75 anni ed un corrispettivo aumento di ricoveri in ospedali ed in case di riposo;
- 4) in letteratura è documentata l'efficacia di alcune misure di prevenzione nel ridurre l'impatto sulla salute delle temperature ambientali eccessive come: l'attivazione di sistemi di previsione allarme, l'informazione, la climatizzazione nei locali e le misure volte a rafforzare la rete sociale di sostegno agli anziani in condizioni di elevata fragilità;

RITENUTO che:

- 1) in Italia è in atto un fenomeno d'invecchiamento della popolazione ed è prevedibile, pertanto che nei prossimi anni si possa verificare un aumento della frazione della popolazione suscettibile agli effetti delle ondate di calore;
- 2) nel nostro Paese le competenze di supporto e di assistenza per gli anziani sono distribuite tra istituzioni diverse e l'integrazione tra queste istituzioni e la mobilitazione di ulteriori risorse sono elementi cruciali per qualsiasi efficace intervento orientato alla riduzione dell'eccesso di mortalità nella popolazione anziana;

CONSIDERATO che:

- 1) lo scorso anno la Regione Lazio ha avviato la sperimentazione di un sistema di presa in carico dell'anziano da parte dei servizi di custodia socio-assistenziale-sanitaria, avente come obiettivo prioritario 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;
- 2) le attuali previsioni meteo annunciano la possibilità di un'estate con temperature pari, se non addirittura superiori, a quelle dell'estate 2003 e pertanto si impone la necessità di potenziare la sperimentazione a fronte di eventuali eventi climatici avversi;
- 3) detta sperimentazione si inserisce a pieno titolo nell'ambito delle politiche assistenziali perseguite dalla Regione Lazio la quale ha aderito alla proposta di estendere la sperimentazione gestionale sul proprio territorio ad una seconda annualità e conseguentemente ha ridefinito il progetto di intervento, secondo le linee pianificatorie riportate nell'allegato A, che forma parte integrante della presente Convenzione.

L'anno 2005, il giorno _____ del mese di _____,

Il Ministero della Salute, c.f. n. 80242290585, rappresentato da _____;

e

la Regione Lazio, c.f.n.80143490581, rappresentata da _____;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Articolo 1

Oggetto della Convenzione

- 1) I soggetti sottoscrittori della convenzione si impegnano a proseguire nel municipio "Centro Storico" del Comune di Roma il progetto "Viva gli anziani", finalizzato alla prevenzione dei danni alla salute della popolazione anziana, indotti da eccessi di temperatura ambientale, come dettagliatamente descritto nel già citato allegato A.

Articolo 2

Durata

- 1) La presente convenzione ha durata di dodici mesi a decorrere dalla data di registrazione del provvedimento di approvazione della stessa da parte degli organi di controllo.

Articolo 3
Impegni dei contraenti

- 1) Il Ministero della Salute si impegna a corrispondere, a favore della Regione Lazio, la somma complessiva di € 300.000,00 (trecentomila/00), quale corrispettivo per le attività indicate nell'Allegato A.
- 2) 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 4
Modalità di erogazione

Il pagamento del corrispettivo di € 300.000,00 (trecentomila/00) sarà corrisposto alla Regione Lazio secondo le seguenti modalità:

- 80% dopo l'avvenuta registrazione del presente atto presso gli organi di controllo, sulla base della presentazione della relazione attestante l'inizio delle attività, previo parere favorevole del Comitato di controllo di cui al successivo articolo 5.
- 20%, al termine del periodo di sperimentazione, su presentazione, al Ministero della salute, della relazione finale corredata da idonea documentazione tecnica e contabile giustificativa, previo parere favorevole da parte del Comitato di cui al successivo Articolo 5;

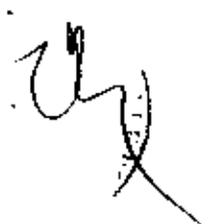
I pagamenti saranno disposti mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato di Roma con versamento dei rispettivi importi sul conto corrente infruttifero n. 31183

Articolo 5
Comitato di Controllo

- 1) Il monitoraggio del progetto è realizzato attraverso un Comitato di controllo, costituito da un rappresentante designato da ciascuno degli Enti sottoscrittori della convenzione e da un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità.
- 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) È espressamente convenuto che il presente atto si risolve qualora si accerti la reiterata mancata attuazione della sperimentazione nei modi e nei tempi convenuti. Eventuali ritardi a seguito di rinvii amministrativi e comunque di differimenti non direttamente dipendenti o imputabili alla volontà degli Enti che attuano la sperimentazione non costituiscono motivi di risoluzione della presente convenzione. Scostamenti dal progetto originale potranno venire di volta in volta formalmente autorizzati, su richiesta dell'Ente responsabile dell'attuazione della sperimentazione, dal Comitato di controllo di cui all'articolo 5.



Articolo 7
Controversie

- 1) Per ogni eventuale controversia che insorga tra le parti in relazione all'interpretazione, esecuzione e/o validità del presente accordo, viene nominato un collegio arbitrale di tre membri, di cui uno designato dal Ministero, uno dalla Regione Lazio ed il terzo con funzioni di presidente designato da entrambi. In caso di mancato accordo tra le parti, il presidente verrà nominato dal Presidente del Tribunale di Roma
- 2) 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

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
Il Direttore Generale

REGIONE LAZIO
Dipartimento Sociale
Il Direttore



BUDGET GENERALE II^ ANNUALITA'

Anno 2005/2006

Durata progetto: 12 mesi

Piano finanziario 2^ annualità

Anno 2005/2006

Costi	Numero unità	Unità di misura	#	Costo unitario (in EURO)	Costo
1. Risorse umane					
1.1 Salari lordi					
1.1.1. Direttivi	1	Anno	1	42.700,00	42.700,00
1.1.2. Tecnico/operatori (informatici)	2	Anno	1	28.000,00	28.000,00
1.1.3. Amministrativi	1	Anno	1	35.700,00	35.700,00
1.2 Altri compensi					
1.2.1. Equipe di coordinamento generale	2	Anno	1	42.700,00	42.700,00
1.2.2. Assistenti sociali esperti in politiche dell'invecchiamento	3	Anno	1	28.000,00	28.000,00
1.2.3. Operatori di prossimità	10	Anno	1	23.520,00	23.520,00
1.2.4. Responsabili monitoraggio progetto	1	Anno	1	28.000,00	28.000,00
Sub-totale costi per il personale umano					283.160,00

2. Costi di Investimento					
2.1. Costruzioni (lavori di ristrutturazione di immobili in concessione)					
2.1.1. Uffici	1	Item	1	0,00	0,00
2.1.2. Spazi annessi	1	Item	1	0,00	0,00
2.1.3. Sala conferenze	1	Item	1	0,00	0,00
2.1.4. Rete informatica	1	Item	1	0,00	0,00
2.2. Automezzi (acquisto)					
2.2.1. Pullmino attrezzato per trasporto anziani	1	Item	1	0,00	0,00
2.2.2. Pullmino ad uso promiscuo persone/cose	1	Item	1	0,00	0,00
Sub-totale costi di investimento					0,00

3. Attrezzature, materiali e forniture					
3.1. Attrezzature tecniche					
3.1.1. Server di rete	1	Item	1	0,00	0,00
3.1.2. Personal computer completi di periferiche e software	1	Item	15	0,00	0,00
3.1.3. Centralino telefonico	1	Item	1	0,00	0,00
3.1.4. Telefoni fissi	1	Item	15	0,00	0,00
3.1.5. Telefoni cellulari completi di SIM	1	Item	60	0,00	0,00
3.1.6. Fotocopiatrice	1	Item	1	0,00	0,00

Ministero Salute	Regione Lazio	Comune di Roma	Sant'Egidio (fondi propri)
39.000,00	17.000,00	35.700,00	42.700,00
56.000,00		28.000,00	
188.160,00		47.040,00	85.400,00
283.160,00	17.000,00	110.740,00	28.000,00
			156.100,00



TOTALE COSTI ELIGIBILI	621.480,00	283.160,00	47.560,00	117.807,40	180.000,00
-------------------------------	------------	------------	-----------	------------	------------

Spese amministrative generali (6% dei costi diretti eligibili)

COSTI TOTALI (12 mesi)	37.288,80	16.840,00	2.420,00	6.644,40	10.800,00
	658.768,80	300.000,00	50.000,00	117.384,40	190.800,00

TOTALE 2^ ANNUALITA' (anno 2005) 658.184,40

	Ministero Salute	Regione Lazio	Comune di Roma	Comunità di Sant'Egidio
Percentuali	45,58	7,60	17,83	28,99

