



ISTITUTI RIUNITI AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA

D.G.R. 11/02/2020 n. 38

00161 ROMA - Via Giuseppe Antonio Guattani, 17

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE N. 04 DEL
15/02/2021.....

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE
ATTIVITA' E DEI SERVIZI PER IL TRIENNIO 2021-2023 RECANTE I PIANI E I
PROGRAMMI DI CUI ALL'ART. 9, COMMA 1, LETTERA C) DELLA L. R. 2/2019**

Area Proponente: UNITA' OPERATIVA AFFARI GENERALI

Il Responsabile del Procedimento sotto riportato, a seguito dell'istruttoria, con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento
Cristina Capraro

Firma Cristina Capraro addi 15-02-2021

Parere del Segretario generale che attesta che i costi sono da imputare ai seguenti Capp. ed artt. del Bilancio:

- FAVOREVOLE da imputare ai preposti Capitoli del Conto economico del Bilancio economico annuale e pluriennale di Previsione 2021-2023
- FAVOREVOLE da imputare al Cap. art. del Bilancio
- FAVOREVOLE da imputare al Cap. art. del Bilancio
- Non comporta impegno di spesa
- NON FAVOREVOLE

Il Segretario Generale
Gianfranco Rinaldi

Firma Gianfranco Rinaldi addi 15-02-2021

Parere del Segretario Generale dell'Azienda in ordine alla regolarità del presente atto secondo la normativa vigente

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE (per le motivazioni riportate in allegato al presente atto)

Il Segretario Generale
Gianfranco Rinaldi

Firma Gianfranco Rinaldi addi 15-02-2021



ISTITUTI RIUNITI AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA

D.G.R. 11/02/2020 n. 38

00161 ROMA - Via Giuseppe Antonio Guattani, 17

ESTRATTO

DAL VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il giorno 15 del mese di febbraio dell'anno 2021, a seguito dell'aggiornamento della seduta straordinaria come da convocazione n. 11 del 10 febbraio 2021, si riunisce il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda nominato con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00139 del 10 agosto 2020, pubblicato sul BURL n. 101 del 13 agosto 2020, e con successivo Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00205 del 7 dicembre 2020, pubblicato sul BURL n. 149 del 09 dicembre 2020, così composto:

		Presente	Assente
MARIO MARAZZITI	Presidente	X	
ROSANGELA BOZZA	Consigliere		X
SABRINA DI MARCO	Consigliere	X	

Assistito dal Segretario Generale, dott. Gianfranco Rinaldi, ha adottato la seguente:

DELIBERAZIONE N. 04 DEL 15 FEBBRAIO 2021

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' E DEI SERVIZI PER IL TRIENNIO 2021-2023 RECANTE I PIANI E I PROGRAMMI DI CUI ALL'ART. 9, COMMA 1, LETTERA C) DELLA L. R. 2/2019

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 11 febbraio 2020, n. 38, pubblicata sul BURL n. 14 dell'18 febbraio 2020, recante "Trasformazione dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Istituti Riuniti di Assistenza Sociale Roma Capitale (IRAS) nell'Azienda di Servizi alla Persona (ASP) denominata "I.R.ASP – Istituti Riuniti Azienda di Servizi alla Persona" con sede in Roma e approvazione del relativo Statuto ai sensi della legge regionale 22 febbraio 2019, n. 2 e dell'articolo 3 del regolamento regionale 9 agosto 2019, n. 17";



- VISTO lo statuto dell'I.R.ASP, approvato con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 11 febbraio 2020, n. 38;
- VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00139 del 10 agosto 2020, pubblicato sul BURL n. 101 del 13 agosto 2020, recante "Azienda di Servizi alla Persona (ASP) "I.R.ASP - Istituti Riuniti Azienda di Servizi alla Persona". Nomina del Consiglio di Amministrazione";
- VISTA la nota di trasmissione del verbale di insediamento del CDA degli Istituti Riuniti ASP trasmessa alla Regione Lazio, prot. 1359 del 09 settembre 2020;
- VISTO il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00205 del 07 dicembre 2020, notificato all'I.R.ASP con nota della Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale prot. n. 1070252 del 09 dicembre 2020, con il quale, ad integrazione del decreto del Presidente della Regione Lazio del 10 agosto 2020, n. T00139, la sig.ra Sabrina Di Marco è stata nominata Consigliere di Amministrazione dell'I.R.ASP di designazione di Roma Capitale e disposto che il Consiglio di Amministrazione duri in carica 5 (cinque) anni decorrenti dalla data di adozione del citato decreto del Presidente della Regione Lazio del 10 agosto 2020, n. T00139, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7, comma 2 della Legge Regionale del Lazio n. 2/2019 e dall'articolo 8, comma 2, dello statuto dell'I.R.ASP;
- VISTO l'art. 9, comma 1, lettera C), della L. R. 2/2019 concernente "Riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende Pubbliche di Servizi alla persona (ASP);
- VISTO il regolamento regionale 15 gennaio 2020, n. 5 (Disciplina del sistema di contabilità economico-patrimoniale e dei criteri per la gestione, l'utilizzo, l'acquisto, l'alienazione e la valorizzazione del patrimonio delle Aziende di Servizi alla Persona (ASP));
- RICHIAMATO il Decreto del Presidente n. 11 del 30 novembre 2020 con il quale è stata recepita la convenzione con gli Istituti di Santa Maria in Aquiro Azienda di Servizi alla Persona – ISMA ASP – per l'utilizzazione condivisa della professionalità del dott. Gianfranco Rinaldi in qualità di Segretario Generale dal 01 dicembre 2020 al 31 gennaio 2021, e successiva proroga fino al 15 febbraio 2021 nelle more dell'attuazione delle necessarie procedure di evidenza pubblica atte all'individuazione del Direttore dell'Azienda nei tempi previsti dall'art. 52 comma 2 del D.lgs. 165/2001;
- VISTO lo schema di documento di programmazione delle attività e dei servizi per il triennio 2021-2023 recante i piani e i programmi di cui all'art. 9, comma 1, lettera C) della L. R. 2/2019, predisposto



dal Consiglio di Amministrazione, allegato al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale;

VISTO il Decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207;

VISTA la L.R. 22 febbraio 2019, n. 2;

VVISTA la D.G.R. 11 febbraio 2020, n. 38;

VISTO il Regolamento regionale 17/2019;

VISTO il Regolamento regionale 21/2019;

VISTO il Regolamento regionale 5/2020;

SU PROPOSTA del Responsabile dell'Unità Operativa Affari Generali;

SENTITO il parere favorevole reso dal Segretario Generale dell'Azienda in ordine alla regolarità tecnica e contabile del presente atto;

per i motivi espressi in premessa

DELIBERA

1. di approvare il documento di programmazione delle attività e dei servizi per il triennio 2021-2023 recante i piani e i programmi di cui all'art. 9, comma 1, lettera C) della L. R. 2/2019, così come predisposto dal Consiglio di Amministrazione, allegato al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere la presente ai preposti Uffici regionali per i seguiti di competenza;
3. di demandare al Segretario generale e ai dipendenti Uffici l'adozione di tutti gli atti amministrativi e procedurali inerenti e conseguenti alla presente Deliberazione.

Il Presidente f.to Mario Marazziti

Il Consigliere f.to Sabrina Di Marco



Il Segretario Generale

f.to Gianfranco Rinaldi



Copia conforme all'originale pubblicata per conoscenza all'Albo dell'Ente nella giornata del

16 FEB. 2021



Il Segretario Generale

f.to Gianfranco Rinaldi



ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 04 DEL 15 FEBBRAIO 2021

I.R.ASP

NOTE STRATEGICHE E PROGRAMMATICHE 2021-2023

**POLITICHE SOCIALI E SANITARIE NEL TERRITORIO DI ROMA CAPITALE E
NELLA REGIONE LAZIO.
SPUNTI E PROPOSTE DI COLLABORAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI
OBIETTIVI REGIONALI E DI ROMA CAPITALE DA PARTE DEGLI ISTITUTI
RIUNITI ASP**

PREMESSA

Gli I.R.ASP, costituiti in ASP nella prima metà del 2020, sono entrati nella pienezza delle funzioni e dei poteri di gestione e programmazione solo nel mese di dicembre 2021. Con la prima Presidenza e CdA, con la collaborazione del personale già operante, è stato avviato un intenso lavoro di ricognizione delle professionalità esistenti e, in prospettiva, necessarie al raggiungimento degli obiettivi consolidati nella storia degli enti di beneficenza e assistenza che ha incorporati, e agli obiettivi futuri, avviando una interlocuzione con Roma Capitale e la Regione Lazio. La piena ricognizione e la progettazione di servizi è, pertanto, appena iniziata e in via di definizione progressiva, in sintonia con la nuova natura e vocazione di soggetto pubblico chiamato a collaborare alla programmazione e alla gestione di progetti e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari regionali e metropolitani individuata dalla legge istitutiva all'interno della programmazione degli stakeholder. Pertanto il presente documento indica alcune linee strategiche che I.R.ASP individua come direttrici di sviluppo delle attività, fornendo l'impianto concettuale e prospettico triennale all'interno del quale verrà predisposto – quando gli elementi principali saranno consolidati – il Piano strategico programmatico triennale delle attività e dei servizi, in parallelo con il Bilancio economico triennale.

I.R.ASP individua all'interno delle politiche sociali e sanitarie pubbliche e alle necessità della cittadinanza alcuni terreni come prioritari per un proprio intervento e per nuovi servizi, all'interno di una visione, proposta con questa nota ai soggetti già operanti e alle altre ASP anche per possibili co-progettazioni per una discussione sinergica e l'individuazione di percorsi di fattibilità, progetti-pilota, riconversione di servizi, in un tempo particolare, in grande movimento, che si presta anche a una messa a punto dell'esistente e all'avvio di modelli innovativi.



Sommariamente, si elencano come titoli e obiettivi suggestivi, ma raggiungibili nei prossimi anni, tanto nei servizi socio-assistenziali che socio-sanitari

PREVENZIONE – MEDICINA TERRITORIALE E SERVIZI DI COMUNITA' – DOMICILIARITA' – CONTINUITA' SOCIO-ASSISTENZIALE – PRESA IN CARICO DELLE PERSONE – SANITA' DI POPOLAZIONE – DE-ISTITUZIONALIZZAZIONE – RIDUZIONE DELL'OSPEDALOCENTRISMO – PERCORSI POST-ACUZIE E RIABILITATIVI DA RIORIENTARE VERSO LE ABITAZIONI DEI PAZIENTI – CRONICITA' CRESCENTI DA MONITORARE E CUI RISPONDERE CON SOSTEGNI PERSONALIZZATI E PREVALENTEMENTE A DOMICILIO E CON SERVIZI DI PROSSIMITA', CON STRUTTURE LEGGERE DI TIPO FAMILIARE E PRESID SANITARI EXTRAOSPEDALIERI – INFERMIERI E FIGURE SOCIO-SANITARIE DI COMUNITA' E DOMICILIARI – SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI A STRUTTURA LEGGERA PER LE FRAGILITA', DIFFUSA – TESSUTO SOCIALE SOLIDALE – RIQUALIFICAZIONE E FORMAZIONE NUOVE FIGURE PROFESSIONALI E SOCIALI APPROPRIATE ALLE NECESSITA' DEL NUOVO MODELLO.

AVVIO DI PROCESSI DI RICONVERSIONE DI SERVIZI RESIDENZIALI STRUTTURATI NON A MISURA FAMILIARE O COMUNITARIA (CASE DI RIPOSO, R.S.A., STRUTTURE CON PIU' DI 25-50 OSPITI), INIZIALMENTE A PARITA' DI SPESA, E CON MANDATO DI COSTRUZIONE DI MODELLI SOSTENIBILI, PIU' VANTAGGIOSI ECONOMICAMENTE E CON PROPOSTA DI VITA PIU' "NATURALE".

LE ASP POSSONO DIVENTARE SOGGETTI NATURALI DI RACCORDO E GESTIONE DI SERVIZI PUBBLICI CONTRIBUENDO AL SUPERAMENTO DI DISUGUAGLIANZE NELL'OFFERTA E DELLO SCOLLAMENTO INTERNO PER ECCESSO DI PARCELLIZZAZIONE E DIVERSITA' DI AMMINISTRAZIONI. POSSONO CONTRIBUIRE A MONITORAGGIO, PROPOSTA E INNALZAMENTO DEGLI STANDARD DEI SERVIZI GIA' ESISTENTI.

I.R.ASP IN PARTICOLARE PUO'ESSERE UN RIFERIMENTO PER RIVEDERE IN MEGLIO LA RETE CITTADINA E REGIONALE DI SERVIZI PER ANZIANI IN CHIAVE INNOVATIVA. E PER PROMUOVERE SERVIZI NON ISTITUZIONALIZZANTI ANCHE IN ALTRI CAMPI SOCIALI: ATTRAVERSO QUESTO PUO' CONTRIBUIRE ALLA RICOSTRUZIONE DI UN MODELLO DI CITTA' E REGIONE PIU' VIVIBILE E SOLIDALE.

I.R.ASP INTENDE A TAL FINE STRUTTURARSI COME SOGGETTO ATTIVO PER LO SVILUPPO AD OGNI LIVELLO DI SERVIZI DI PROSSIMITA' TERRITORIALE ALLA PERSONA PER PERSONE FRAGILI, A PARTIRE DALLA POPOLAZIONE ANZIANA, MA NON ESCLUSIVAMENTE (a titolo esemplificativo persone con disabilità, vittime di violenza, o ex-detenuti bisognosi di inserimento sociale, immigrati e profughi all'interno di percorsi di formazione, integrazione e autonomia, persone affette da Alzheimer, bambini e minori) PER RENDERE PIU' EFFICACE IL WELFARE SOCIO-SANITARIO REGIONALE. CON L'OBIETTIVO DI COLLABORARE E CONTRIBUIRE A REALIZZAZIONE DI RETI SPERIMENTALI O ORDINARIE DI SERVIZI DI PROSSIMITA' IN GRADO DI COLMARE GLI



SPAZI DI DISCONTINUITA' E INCREMENTARE L'EFFICACIA DEL WELFARE SOCIO-SANITARIO NEL LAZIO.

IL RUOLO DELLE ASP

Come è noto, con la L.R. 2/2019 è stato creato un soggetto giuridico, l'Azienda di Servizi alla Persona, che ha come finalità principale quella di "intervenire nelle fasi consultive e concertative della programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria a livello regionale e locale e concorre a realizzare i servizi e gli interventi del sistema integrato sociale". E tale finalità è, con ampio mandato, al centro dello Statuto dell'ASP I.R.ASP, per contrastare le diverse forme di marginalità e contribuire alla costruzione di un tessuto più solidale della convivenza sociale.

La legge indica già lo strumento del contratto di servizio - o altre forme adatte alla diversa progettualità - come veicolo importante per promuovere in maniera sempre più efficace il sistema integrato dei servizi, anche con "l'istituzione e la sperimentazione di servizi innovativi in ambito socioeducativo, socioassistenziale e sociosanitario, nonché di assistenza a soggetti in condizione di disagio sociale e a rischio di esclusione".

In tal senso è auspicabile che, progressivamente, progetti e risorse individuate, e i segmenti di politiche sociali affidati finora anche a soggetti regionali con finalità contigue ma non specifiche, possano essere realizzati già oggi in co-progettazione o in affidamento e, in futuro, con contratti di servizio, alle ASP, create per questa finalità. Con beneficio duplice: rafforzamento economico-finanziario delle ASP in fase di avvio e maggiore specificità e caratura dei progetti socio-sanitari da porre in essere.

IN UN TEMPO DI GRANDE PROVA E POSSIBILE CAMBIAMENTO

Le linee programmatiche di vertici governativi, commissioni ministeriali e responsabili regionali, istituti di ricerca e letteratura scientifica nazionale e internazionale, hanno indicato da tempo come prioritario un riequilibrio dei servizi a favore della sanità territoriale e dell'assistenza domiciliare. Anche nel recentissimo dibattito parlamentare al termine dell'esperienza di governo, si è indicata la via di investimenti – anche del prossimo *Recovery Plan* per le politiche sociali e sanitarie - in un quadro in cui salute e ripresa economica appaiono sempre più correlati tanto nell'emergenza pandemica che nella rinascita complessiva del Paese.

In aggiunta, i dati di letalità selettiva della pandemia da Covid-19, l'altissima mortalità italiana dovuta non soltanto a fattori demografici, i dati elevatissimi di vittime tra la popolazione anziana, ma in particolare e in misura esponenziale in R.S.A. e residenze di vario tipo socio-assistenziali per anziani impongono un rapido ripensamento di modello. Si ricorda in premessa, infatti, che se il 42 per cento delle vittime tra le persone anziane nella prima fase della pandemia in Italia si è registrato nelle strutture residenziali di vario tipo, che ospitano il 3 per cento di tutta la popolazione anziana, emerge il dato inquietante che le vittime da Covid-19 o con Covid-19 istituzionalizzate sono 25 volte più a rischio di quelle a casa, pari al 97 per cento, e tra le quali si è contato il restante 60 per cento di vittime tra la popolazione anziana. In sintesi, a parità di età, la casa, in ogni caso, anche senza particolari interventi e servizi, ha protetto 25 volte di più. Studi specifici hanno rilevato come all'interno delle stesse strutture socio-assistenziali la semplice



tipologia delle stanze, singole, da due, da quattro ospiti, ha corrisposto a percentuali esponenziali di vittime. È opinione – ritengo fondata – di chi scrive che sarebbe fuorviante ritenere che la causa di questa enorme sproporzione sia da ricercare nella carenza di risorse a disposizione. Le cause sono molteplici (mentalità, formazione, incertezza dei comportamenti, spazi, percorsi di separazione non accurati, norme igienico-sanitarie disattese - come l'igiene delle mani, l'uso maldestro dei dispositivi di protezione individuale - per lontane e consolidate abitudini, che anche nella improvvisa esplosione del problema non avrebbero avuto bisogno di specifiche linee-guida anti-Covid-19, riducendo in maniera importante l'ingresso in strutture residenziali del virus: dagli spogliatoi e separazione indumenti esterno-interno inadeguati, comportamenti incongrui del personale all'esterno degli istituti, disattenzione di molte proprietà inclini al profitto nel caso – molto pesante – di società private convenzionate, anche multinazionali – studi internazionali e nazionali mostrano anche diversi livelli di mortalità tra le strutture direttamente pubbliche e il privato-convenzionato – e altri fattori.

Ma la pandemia ha fatto emergere un problema strutturale: i servizi domiciliari, anche in tempi ordinari, proteggono di più e quelli di tipo residenziale-istituzionale deve essere considerato *l'extrema ratio* e non la via ordinaria. La letteratura scientifica converge sul dato che indica nell'isolamento, nella solitudine, i responsabili diretti del raddoppio del rischio di mortalità in compresenza di altre morbidità. È un lusso cui la Regione Lazio e la Capitale dovrebbero poter rinunciare, progressivamente, con vantaggio.

Covid-19 ha innescato una “operazione-verità”, di “svelamento”. Quello che era “stanco” e scarsamente innovativo o inadeguato già prima è diventato più dannoso.

LA DE-ISTITUZIONALIZZAZIONE E LA RICONVERSIONE DELLE STRUTTURE PIU' GRANDI. SERVIZI INTEGRATI PER LE PERSONE COME RISPOSTA PIU' UMANA E SOSTENIBILE AI BISOGNI SOCIALI E SANITARI, UN MODO PER RICONNETTERE IL TESSUTO SOCIALE E LA CONVIVENZA

Da anni i principali documenti programmatici nazionali e regionali indicano in un *sistema integrato*, sociale e sanitario, caratterizzato da servizi di maggiore prossimità, attenti alla dignità della persona, ispirati quanto più possibile a pratiche e modelli di “de-istituzionalizzazione” la via maestra per il welfare italiano e la sanità italiani. Là dove queste politiche sono state avviate con maggiore intensità, hanno rivelato una capacità di filtro e contenimento importante dei danni terribili della pandemia da Covid-19, già nella prima ondata. Proprio la medicina di prossimità, di base, è un pilastro fondamentale della sanità pubblica italiana e uno dei suoi punti originari di forza, anche se - come è chiaro anche dal dibattito pubblico – essa va rafforzata e inserita in una maglia più fitta di servizi socio-sanitari e di medicina territoriale.

Come è noto la finalità di legge del Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) è quella di “favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, nonché di garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza”, come ribadito dalla Direzione negli atti di indirizzo per gli interventi per i malati di Alzheimer e i loro familiari nel quadro degli interventi di programmazione territoriale per la non autosufficienza (B.U.R. n.1/2021). E tale considerazione investe l'intero sistema di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari, tutte le fragilità e, di certo l'intera offerta dei servizi a sostegno della popolazione anziana, autosufficiente e non.



Nella stessa direzione, per citare un documento-quadro di rilievo, va il Piano Nazionale delle Cronicità, che indica nelle strutture residenziali istituzionalizzanti una tipologia estrema e non ordinaria di risposta, mentre investimenti e pratiche regionali – molto più marcate in regioni come Lombardia, Piemonte e Veneto, ma anche nella Regione Lazio – vanno largamente verso il modello R.S.A. quasi come modello unico. Al suo fianco, la spesa per ogni tipo di assistenza domiciliare è irrisoria, ancor più quella di assistenza domiciliare integrata. Il che si traduce, per citare un dato nazionale, in 16 ore annue per persona fornite per persona anziana: perdendo ogni efficacia nella prevenzione dell’istituzionalizzazione, nel sostegno reale alle famiglie, nella possibilità di ritorno a casa, evitando ricoveri impropri, incongrui, reiterati, prolungati, ovvero trasferimenti in strutture per sub-acuzie o R.S.A.

PANDEMIA: CRISI E OCCASIONE DI SISTEMA. RAFFORZAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI E SANITARIE GIÀ IN ESSERE (2021). INNOVAZIONE STRAORDINARIA – RECOVERY PLAN (2022-23).

Sembra opportuno in fase programmatica ripetere che la pandemia da Covid-19 – per la quale le evidenze scientifiche esistenti impediscono di prevedere una pronta fuoriuscita, non escludendo variazioni che possano richiedere vaccinazioni di massa su base annuale – ha fatto emergere in maniera incontrovertibile l’estrema fragilità delle residenze per anziani di vario tipo di fronte a qualunque stress sanitario aggiuntivo. Trasformare le debolezze in chance di efficientamento, *empowerment* e innovazione è a portata di mano.

La fragilità del sistema residenziale e assistenziale per anziani e non solo non è stata una esclusiva della Regione Lazio o italiana, anche se ha colpito in maniera ancora più pesante proprio regioni come Piemonte, Veneto e Lombardia dove l’investimento in residenze per anziani è largamente superiore alla media nazionale e a quella del Lazio. Il tutto è stato acuito in Lombardia per la caduta di filtri di medicina territoriale e di base e anni di investimenti in direzione ospedaliera, che a regime hanno attratto risorse da altre regioni, per prestazioni specialistiche e chirurgiche, impoverendo il tessuto di medicina di base, esploso durante la pandemia.

In tutto il mondo occidentale almeno il 40 per cento delle vittime, delle persone decedute per o con Covid – con punte dell’80 per cento in Canada e non rari casi di contagi vicini al 100 per cento degli ospiti– riguarda anziani ricoverati in R.S.A., *nursing homes* (Regno Unito e USA), *Ehpad* (in Francia) residenze per persone anziane.

Uno studio di giugno 2020 dell’Università di Tel Aviv sui diversi tassi di mortalità in 32 Paesi europei mette in luce come la variabile più importante per spiegare alcune grandi differenze è il numero di posti letti in *nursing homes* e residenze per anziani, che varia visibilmente da Paese a Paese. “Un buon esempio è il confronto tra Spagna e Grecia. Se si guarda ai dati demografici, questi due Paesi sono abbastanza simili, con la stessa età media e la stessa aspettativa di vita alla nascita. Sono entrambi Paesi del Sud, Mediterranei, con un clima simile. Eppure la Grecia ha avuto 15 morti da Covid-19 ogni milione di abitanti, mentre la Spagna 542”. La sproporzione riguarda l’unico elemento che davvero differenzia in questo campo i due Paesi: c’è una grande rete di istituti per anziani in Spagna e una rete quasi inesistente in Grecia.



L'International Long-Term Care Policy Network, organizzazione internazionale che college studiosi e *policymakers* di diversi continenti, a ottobre 2020 ha rilevato tassi di mortalità del 46 per cento in Svezia e del 41 per cento negli USA. Analoghe percentuali in Spagna e Regno Unito. Anche il “muro” di protezione realizzato in Germania, ha dato risultati appena migliori.

È noto come In Lombardia, l'ATS abbia diffuso i dati sugli incrementi delle morti a marzo e aprile 2020 rispetto allo stesso periodo dei tre anni precedenti in 152 RSA. Su 18.531 anziani assistiti, la differenza è stata di 2.574 morti in più rispetto alle circa mille unità dell'anno prima. Con un incremento del 269 per cento. Lombardia ed Emilia Romagna hanno dovuto contare nelle Rsa più del 50 per cento del totale delle vittime della pandemia, fino al 57 per cento.

E l'Istituto Superiore di Sanità ha registrato in Italia nelle strutture assistenziali residenziali per anziani di ogni tipo, fino al 5 maggio, il 41,2 per cento del totale dei morti “con sintomi Covid e per Covid-19” sul totale dei ricoverati.

Ci sono criticità di modello in strutture nate per superare le antiche lungodegenze, i desueti cronicari, con strutture a bassa intensità sanitaria e orientate alla riabilitazione che hanno, implicitamente, cambiato natura. L'invecchiamento della popolazione e l'allungamento degli anni di vita ne fanno – a qualunque livello di qualità del servizio offerto – strutture in cui si entra e da cui non si esce più per tornare nel proprio ambiente di vita. Con il rischio importante di essere strutture non attrezzate a rispondere in maniera dignitosa alle incrementate necessità assistenziali e sanitarie di persone le cui condizioni di vita, negli anni, non possono che peggiorare. Solitudine e sradicamento indeboliscono e uccidono.

PROPOSTA IN DUE LETTERE, PA. PROSSIMITA', PERSONALIZZAZIONE E ACCOMPAGNAMENTO NEI SERVIZI

P come Prossimità. PA. Non solo Pubblica Amministrazione, ma anche Prossimità e Accompagnamento. Accompagnamento Personalizzato, AP. Queste possono essere linee-guida per l'*empowerment* del welfare socio-sanitario regionale che può farne una *best practice* contagiosa a livello nazionale. Per permettere l'accesso ai Livelli essenziali di assistenza. È noto come il Servizio Sanitario Nazionale universalistico italiano, autentica eccellenza che ne fa uno dei leader mondiali, anche dopo la dismissione di parte dell'originario sistema universalistico inglese, soffra nel garantire l'effettivo esercizio dell'accesso ai LEA, pur fissati tra gli obiettivi di legge, e nelle interpretazioni regionali, abbia mancato proprio sul terreno di una maggiore prossimità e di una effettiva uguaglianza dei cittadini nell'accesso a cure di qualità, con l'aumento delle disuguaglianze territoriali.

Vale tra regioni e vale anche all'interno degli stessi territori regionali, anche per l'incrocio con i fattori sociali.

È il “**determinante sociale**” (M. Marmotta). Come a Londra esiste una differenza di dieci anni di speranza di vita alla nascita man mano che ci si allontana da Mayfair e Chelsea e si va verso la Greater London, così accade a Roma. La mappa della mortalità è lacerante: si vive di meno in tutte le borgate e i quartieri della periferia orientale e occidentale; si vive di più nei quartieri benestanti del centro, del nord e del distretto dell'Eur, secondo una distribuzione quasi coincidente con quella del reddito e del titolo di studio. Nel Municipio II, Parioli, Quartiere Trieste, a parità di patologie si muore il 20% in meno, e quindi più tardi, che a Tor Bella Monaca.



Diabete e malattie polmonari hanno esiti infausti fino al 60 per cento in più nel Municipio VI, rispetto al II. Come è intuitivo, la fascia di reddito incide in maniera importante sulla speranza di vita, anche a parità di servizi offerti dal welfare e dalla sanità pubblici, a Roma. Gran parte delle differenze hanno una causa sociale (anche la prevenzione e gli stili di vita non possono prescindere) ma il divario può essere colmato anche intervenendo nella creazione di reti sociali come caratteristica dei servizi sociali e sanitari offerti, senza appesantimenti della spesa, ma con cambiamento di modelli.

Il problema della solitudine invece, non è una esclusiva di un ambiente sociale. E' un importante fattore aggravante della qualità della vita e un moltiplicatore di rischio, anche sanitario. Ogni forma di disagio diventa più complicata da gestire e l'istituzione pubblica fa fatica a misurarsi con la polverizzazione e molecolarizzazione dei bisogni. Di qui la risposta strutturata e residenziale come pratica diffusa, limitata solo dalla spesa disponibile.

Caso a sé, per la forma più acuta in cui si esprimono i problemi sociali e sanitari, è quello della sotto-popolazione rom. Riguarda numeri limitati, ma ha una speranza di vita alla nascita largamente più bassa, anche di venti anni, rispetto a quella della popolazione generale della città. La curva epidemiologica, quella della speranza di vita, è sovrapponibile a quella dell'intera città di Roma negli Anni Sessanta, più di mezzo secolo fa, pur essendo mediamente una popolazione più giovane del resto dei romani.

L'ampia messe di servizi sociali e sanitari offerti ai cittadini anche nella Regione Lazio e nella Capitale incontra la stessa difficoltà di sistema dell'intero territorio nazionale, per trovare forme integrate di programmazione tra amministrazioni proporzionate alla complessità delle sfide e delle trasformazioni sociali ed urbane. È emerso con plasticità nelle diverse risposte, coordinate quanto possibile nella concertazione Stato-Regioni, nella pandemia Covid-19. La *continuità dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari* è tema difficile, in larga parte irrisolto, in termini normativi, di attività programmatica e nella pratica quotidiana. La *prevalenza di risposte istituzionalizzanti*, che risponde a standard scarsamente innovativi e mediamente in difficoltà nell'offrire risposte flessibili ai bisogni dei cittadini, per loro natura mutevoli, non lineari, mutevoli nel tempo e nelle stagioni della vita, anche per **l'infragilimento/diradamento/evaporazione delle reti sociali**. La rigidità di interventi per necessità parcellizzati: giornate di degenza anziché presa in carico della persona appare come esempio sintetico. L'uscita dalla fase acuta della malattia (la frattura di un femore, un episodio ischemico o di altra natura con danni fisici probabilmente temporanei, anche dopo un serio attacco Covid-19) e la dimissione immediata, dopo il pieno trattamento della criticità, verso la propria abitazione è spesso impossibile per la mancanza dell'intera catena necessaria a una dimissione protetta, l'inconsistenza della rete di assistenza domiciliare integrata, medicina territoriale a domicilio, semplice assistenza domiciliare, interventi brevi e mirati coordinati di riabilitazione e sostegno, necessità di preparazione dei pasti. E' per ovviare a questo che è attiva una rete importante di strutture residenziali e ospedaliere per sub-acuzie, R.S.A., istituti per anziani: caratteristica comune a tutti i diversi livelli di intervento è l'offerta di servizi complessivi, h 24, quando le necessità sono molto differenziate e tutti i soggetti destinatari già hanno – nella quasi totalità dei casi – un'abitazione, spesso la possibilità di una persona di



riferimento, anche se debole, reti attorno attivabili, ma non utilizzate, necessità di servizi limitati nel tempo e nell'intensità.

LA FRAGILITA' DELL'ULTIMO CHILOMETRO E DEL PRIMO nell'accesso e nell'uscita dai servizi. Difficoltà di ingresso e difficoltà aggiuntiva per i più fragili, carenza di strumenti per verificare il raggiungimento degli obiettivi e il loro consolidamento per uscire dallo stato di bisogno, verso l'autonomia. **LE ASP PER RAFFORZARE L'EFFICACIA DEI SERVIZI E DEGLI INVESTIMENTI SOCIO-SANITARI ESISTENTI**

I LEA, i livelli essenziali di assistenza, in alcuni settori risultano fortemente condizionati dalle difficoltà di accesso, tempi di attesa. E anche nei servizi sociali l'incontro tra bisogno e servizio è penalizzato dai tempi di avvio dei servizi stessi nei casi di nuovi servizi, dall'accesso alla prestazione esistente in tempi utili al raggiungimento degli obiettivi (come la riabilitazione post-operatoria o post-traumatica, accessibile in quantità e modalità sufficienti spesso, solo all'interno di strutture residenziali e non presso il domicilio). È IL PRIMO CHILOMETRO.

Anche nel caso dei servizi socio-assistenziali importanti a sostegno delle categorie più fragili della popolazione – minori non accompagnati, disabili, persone con malattia mentale, anziani autosufficienti con diverse cronicità, sostegno a vittime del traffico umano, sostegno scolastico e contrasto delle conseguenze negative della scuola a distanza e del gap digitale, sollievo alle famiglie e alle persone con Alzheimer o demenza, seconda accoglienza e integrazione di immigrati con protezione internazionale, profughi e richiedenti asilo, minori non accompagnati e che accedono alla maggiore età, le persone in povertà assoluta, ex detenuti e persone senza dimora fissa, donne sole con bambini a carico e senza lavoro, persone con dipendenze, – per indicare alcune tipologie - l'efficacia dei servizi offerti spesso non contempla il monitoraggio e l'accompagnamento nell'ultimo tratto fino all'autonomia.

È L'ULTIMO CHILOMETRO, ma da cui dipende l'efficacia dell'intero processo che è rivolto all'autonomia. Se l'autonomia non è raggiunta si rischia infatti di fare diventare l'impegno precedente un palliativo sociale e non un motore di promozione personale e sociale, e anche di sviluppo e coesione sociale. Proprio questo indebolisce parte delle possibilità per uscire dal bisogno e aprirsi a una vita di pari opportunità con il resto della popolazione, rischiando di trasformare povertà temporanee di diversa intensità in povertà strutturale, anche per le future generazioni.

È evidente che a Roma, come in tutte le grandi città, con la crisi delle reti familiari e sociali, anche le questioni sanitarie si incrociano con altre fragilità sociali. La perdita della famiglia, della casa, diventano innesco scatenante o moltiplicatori di fragilità, anche sanitaria.

I progressi della sanità regionale hanno portato anche importanti risultati positivi nella cura delle malattie acute, a volte inimmaginabili. Oltre alla buona prevenzione richiedono interventi di alta specializzazione, ed è incoraggiante registrare importanti miglioramenti dei tassi di mortalità nell'ultimo decennio: -26% infarto, -27% ictus. O la quasi scomparsa della letalità da epatite C per l'accesso al farmaco Sovaldi, che ha cambiato scenari terribili. Il SSN, i SSRR colmano le



differenze di reddito dei pazienti e hanno reso possibile lo straordinario passo di civiltà che quello di garantire l'eccellenza – se possibile - a tutti i ceti sociali.

Dopo uno sfratto, però, dopo la perdita del lavoro, una separazione coniugale, una malattia, una persona può perdere il controllo della vita e della salute. In questi casi conta ben poco l'ospedale, mentre è decisivo il servizio territoriale.

WELFARE E SANITA' DELLA POPOLAZIONE, NON DELLE PRESTAZIONI

Un elemento facile da leggere per la crisi derivante dalla riduzione degli investimenti e dalla scarsità di mezzi e presidi territoriali è quello del settore del disagio mentale. A Roma, ad esempio, nonostante dopo la Legge Basaglia l'istituzione di un CIM/CSM tra i migliori d'Italia avesse rappresentato un modello generalizzabile e di grande efficacia, anche come crocevia di relazioni e accettazione nel quartiere, attrattore di professionalità tra i giovani medici, come a San Basilio, va registrato come si tratti di un'esperienza al passato.

Al contrario la fragilità dei servizi territoriali diventa una spinta costante di domanda di istituzionalizzazione da parte delle famiglie per persone difficili da sostenere nel proprio habitat senza sostegni adeguati, con un regresso di modello e crescita delle strutture residenziali convenzionate. È questo un terreno su cui le ASP possono contribuire – anche se naturalmente i titolari restano le ASL e i servizi di Salute Mentale - a rafforzare il sostegno socio-sanitario specialistico e sociale, territoriale, a 40 anni da una riforma epocale e non invecchiata.

I tempi appaiono maturi per una *sanità di popolazione*, cioè la politica sanitaria che anticipa la domanda di assistenza, scruta le cause delle malattie, assicura una presenza continua e coordina la cura medica con l'assistenza, la cura, l'accompagnamento e l'assistenza sociale.

Partendo dai bisogni e dalle persone, dalla presa in carico, dalla continuità del processo – dalla prevenzione, che contiene anche un forte elemento sociale e di comportamenti, culturale – socio-sanitario, e non dalla parcellizzazione, DRG, prestazioni, servizi afferenti ad amministrazioni diverse, calcolo dei costi a silos, anche nella spesa sanitaria, che ha scelto questa strada nel tempo emergenziale del controllo dei costi e del rientro dal deficit. Strada che va rivista perché contiene inefficienze di altra natura e anche di sistema (la digitalizzazione, che permette la messa in rete di dati provenienti dalla medicina generale, dalle farmacie, ad esempio, già permetterebbe un altro tipo di intervento, più mirato, sull'eccesso di uso e uso improprio di farmaci e antibiotici, liberando risorse che permetterebbero il trattamento a domicilio e non in ambiente ospedaliero di patologie che potrebbero beneficiarne, per non far crescere esponenzialmente la spesa farmaceutica extra-ospedaliera – mentre cresce quella ospedaliera complessiva per eccesso di utilizzo dei posti-letto.

Di tutte le persone anziane che vengono ospedalizzate in strutture a diversa intensità, solo il 20 per cento è davvero bisognoso di cure per acuti – o lo è per una percentuale ridotta dei giorni complessivi di degenza, mentre l'80 per cento è portatore di diverse necessità sociali: in assenza di risposte territoriali coordinate, sufficienti ed efficienti, l'ospedale, il pronto-soccorso, diventano di fatto lo sportello, l'interfaccia e la risposta “unica” a domande variegata e di gran lunga



prevalentemente sociali. L'assenza di un meno costoso sostegno sociale e relazionale per le persone con cronicità contribuisce in maniera importante a costi significativi ed evitabili nella sanità ad alta intensità.

L'istituzione, nella pandemia, dell'Unità speciale di continuità assistenziale regionale, composta da medici, pediatri e infermieri, per gli interventi contro il virus sul territorio, coordinata dallo Spallanzani, e l'USCAR come unità operativa appare come una iniziativa nella giusta direzione. Ma non c'è dubbio che quelli esistenti siano ancora troppo rarefatti rispetto alla mole di domande, alla necessità di intervento in tempo reale, come richiesto dal tracciamento e dagli interventi richiesti per prevenire o contrastare la pandemia. E si tratta ancora di unità "speciali". La parola speciale indica in se stessa la necessità del suo superamento. E di attivazione di una medicina e di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali, a domicilio, nelle comunità, per ricostruire le comunità, come risposta a tutto lo spettro di fragilità sociali e di salute presenti nella popolazione.

È un'ottima risposta all'emergenza, ma in prospettiva bisognerà far cadere – è stato scritto e chi scrive lo condivide - nell'acronimo la parola *speciale* per fare di queste nuove strutture, insieme alle Case della salute regionali, le basi di rigenerazione del servizio sanitario.

Ci sono gli strumenti per sviluppare una *sanità e un welfare di popolazione* più forte che in passato. La digitalizzazione offre possibilità aggiuntive per individuare e monitorare nei distretti socio-sanitari i bisogni di assistenza, con strategie terapeutiche e sociali mirate, e interventi preventivi nel territorio.

Nell'emergenza si è corso il rischio di una sanità che seleziona i pazienti – fino all'intervento correttivo, resosi necessario per correggere un messaggio e linee-guida che rischiavano di indicare solo i giovani come destinatari di cure, del Comitato Nazionale di Bioetica. E talvolta si è smarrita perfino la dignità delle persone. Da tutto ciò si è mosso l'appello internazionale firmato tra i primi da Andrea Riccardi, Romano Prodi, Manuel Castells e Jürgen Habermas – che "auspica una rivolta morale perché si cambi direzione nella cura degli anziani".

Va nella stessa direzione il recentissimo Documento della Pontificia Accademia per la Vita: "La vecchiaia: il nostro futuro. La condizione degli anziani dopo la pandemia" del 9 febbraio 2021.

Le tipologie di servizi e buone pratiche esistenti permettono di avere punti di riferimento, perché vi sono già indicazioni di modello ed esemplari sia dei servizi pubblici sia del volontariato: assistenza sanitaria e sociale a domicilio, reti di prossimità contro la solitudine, co-housing e condomini protetti, monitoraggio delle condizioni di salute di chi vive solo, condomini protetti, spedalizzazione a domicilio, dimissioni protette, continuum casa-ospedale con percorsi riabilitativi, centri diurni e case-sollievo temporaneo integrate per persone affette da Alzheimer e demenza, ma che possono continuare a vivere a casa con i propri cari, come le persone con problemi di disagio mentale. Gli stessi interventi sociali a vantaggio di persone svantaggiate come i minori non accompagnati, i neo-maggioresenni che perdono il sostegno pubblico, la seconda accoglienza e integrazione per gli immigrati fino all'autonomia, oppure i percorsi di



sostegno e avviamento al lavoro all'uscita dal carcere – oggi il 67 per cento di tutti quelli che hanno scontato la pena è recidivo, un esempio eclatante di una bancarotta del sistema che ha perso quasi integralmente le capacità riabilitative : il tasso di recidività si riduce comunque di molto per le persone che seguono percorsi di semi-libertà e di accompagnamento al di fuori del carcere anche se l'amplificazione di singoli episodi rappresenta un antidoto ansiogeno agli investimenti in misure alternative e riabilitative – e l'uscita dalla tratta e dalla schiavitù per le donne che ne sono vittima e vittime di violenza che deve arrivare fino all' integrazione nel tessuto sociale, etc.), vedono già impegnate importanti risorse pubbliche, ma verrebbero rafforzate da programmi di monitoraggio e accompagnamento personalizzato nell'ultimo tratto, all'uscita stessa dai programmi.

Occorre infatti rafforzare ad esempio il raccordo tra mondo del lavoro e formazione fornita ai soggetti fragili – incluso il raccordo tra le attività formative interne agli istituti di detenzione e il mondo produttivo esterno già dal momento della formazione, per agevolare un maggiore successo nell'inserimento nel mondo del lavoro al momento dell'uscita dalla pena - per evitare di vanificare gli sforzi importanti che la Regione Lazio e Roma Capitale fanno per aiutare a uscire dallo stato di bisogno e l'autonomia. Identicamente i percorsi di autonomia vanno accompagnati da una rete sociale che ne favorisca l'accoglienza da parte delle comunità e degli ambienti professionali e di vita. La stessa concezione dei servizi tra loro separati, tra pubblico e società civile, tra cittadini e destinatari dei servizi si priva dell'indispensabile contributo della società civile – che è poi l'habitat all'interno del quale ogni intervento sociale e sanitario, ovviamente, si svolge.

Questo coordinamento, la copertura e l'attivazione di questa rete, la creazione di progetti in tutti i settori di “ultimo chilometro” e accompagnamento, con monitoraggio dell'efficacia, la creazione di un osservatorio analitico dei successi/insuccessi dei diversi interventi sociali rispetto agli obiettivi degli stessi, la formazione delle figure professionali e sociali “miste”, meno rigide, in alcuni casi nuove ovvero rimodulate e rigenerate, orientate a servizi non istituzionalizzanti, all'integrazione sociale è uno dei servizi che una ASP come I.R.ASP può svolgere a vantaggio dell'efficacia dell'intero sistema di welfare, anche in co-progettazione con altre ASP: in tutti i settori questo fosse ritenuto utile dalle Amministrazioni pubbliche di riferimento.

Per questi obiettivi e a vantaggio dell'intero sistema di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della rete pubblica - in un modello che intende introdurre e valorizzare, in maniera integrata, le reti sociali esistenti e la società civile a tutt'oggi coinvolta solo marginalmente e come cornice, luogo, e non come risorsa e complesso di energie disponibili e non messe in rete in una visione di cittadinanza e welfare sociale e attivi – si propone di contribuire già nel triennio a un ri-orientamento delle professionalità necessarie ai servizi, anche con formazione aggiornamento specifici. In questa visione, che individua anche l'opzione di promuovere, anche in associazione con altre ASP, a scuole e corsi di formazione per nuove professionalità e professioni tecnico sanitarie orientate verso servizi territoriali non istituzionalizzanti, a residenzialità leggera, non è compatibile con le linee strategiche dell'ASP il modello individuato nella fase finale di vita dell'I.R.A.S: di gestione dei servizi attraverso la somministrazione prolungata di lavoro interinale e di affidamento di tutti i servizi socio-assistenziali a cooperative terze.



Pertanto, in premessa a questo Piano strategico si sottolinea la decisione di procedere in tempi ravvicinati all'internalizzazione della gestione dei servizi in essere e nuovi, con accordi con soggetti leader della società civile e soggetti pubblici, da gestire con personale alle strette dipendenze di I.R.ASP. Tale scelta strategica prevede in tempi brevi la stabilizzazione della parte più cospicua degli attuali lavoratori interinali e la necessità di **dichiarare decaduto l'Avviso pubblico per l'affidamento del servizio socio-assistenziale per anziani presso Casa di Riposo 'Sant'Eufemia' – centro Diurno Alzheimer 'Sant'Eufemia' – Casa Albergo 'Residenza Giuseppe e Margherita Achillini'**, deliberato dal CdA I.R.A.S. con Delibera n.11 del 17/02/2020, avviso pubblico che, a distanza di un anno comunque non risulta espletato dal RUP e il cui iter di valutazione non era stato ancora avviato. Le necessità che lo avevano motivato appaiono completamente superate nel nuovo modello strategico delle attività dell'Ente I.R.ASP in cui I.R.A.S. è confluito.

Si indicano qui di seguito i progetti e le direzioni operative individuati per il triennio 2021-2023 da I.R.ASP.

MONITORAGGIO ATTIVO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA E AMPLIAMENTO DELLE RETI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Anno 2021, Modulo 1, 1500 anziani, Municipio II/ASL RM 1 –Replicabile in altre zone di Roma. Risultati attesi, sulla base di sperimentazione già avvenuta, riduzione dei ricoveri ripetuti in ospedale, degenze incongrue e degli accessi a Pronto soccorso: 16 per cento nella popolazione raggiunta. Utilizzo di risorse sociali, sanitarie e umane, di servizi in larga parte esistenti, ma non utilizzati e non messi in rete. Maggiore integrazione sociale, prevenzione istituzionalizzazione, Covid-19, isolamento. Anziché servizi a pioggia, o che forniscono “tutto”, dall'alloggio, al vitto, alle terapie (come nel caso dei ricoveri ospedalieri per malattie croniche, o servizi residenziali assistenziali per persone che in larghissima parte hanno già un alloggio e anche la capacità di provvedere al proprio vitto), ogni servizio alla persona può cominciare ad offrire “soltanto quello che manca”, e che varia dalla bassissima intensità assistenziale a necessità più importanti, dal semplice monitoraggio e rottura dell'isolamento, alla spedalizzazione a domicilio limitatamente a quanto necessario anche in casi di temporanea non autosufficienza e acuzie. Tali servizi prefigurano figure professionali e competenze flessibili, una parte delle quali possono essere trasferite, in un tessuto sociale riattivato, anche al vicinato e ai familiari, ovvero si sintetizzano in figure varie di *caregiver*, sostenuti, accompagnati, formati nelle vita quotidiana.

Ciascun modulo può essere attivato in altre zone della città, iniziando a costituire uno degli elementi del tessuto integrato e di dialogo tra servizi, come pure di valutazione dei bisogni personali e familiari, entrando nelle case e maturando uno stato aggiornato della coesione/frammentazione sociale, utile alla costruzione di sistemi di sostegno sociale e sanitario delle persone e dei diversi bisogni. L'infittimento di queste reti tornerà a vantaggio di tutti i servizi e di tutta la popolazione, anche quella non coinvolta direttamente nell'uno o nell'altro. E, nel tempo, questa diventa una risposta profonda all'anomia sociale e alla conflittualità interna.

2. CREAZIONE DI MODULI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA



Con ASL RM 1, 2 e 3, e Presidi ospedalieri – Policlinico Umberto I, altri, nel territorio metropolitano ovvero, in collaborazione con altri soggetti, nella Regione Lazio, per: dimissioni protette, ospedale-fuori-dall'ospedale, unità miste di assistenza socio-sanitaria (infermieri territoriali, *caregiver*, badanti, servizi sociali, volontariato strutturato), per medicina e “case del welfare e sanitarie” di comunità, anche con ingressi domiciliari, servizi-sollievo anche con posti letto temporanei in alcuni centri diurni, come per persone affette da Alzheimer, anziani temporaneamente soli, per rendere più efficaci i Centri di Salute Mentale: in tal modo anche alcuni servizi periodici finora somministrati solo in ambiente ospedaliero (chemioterapie, trasfusioni, medicazioni, assunzione farmaci a orario in casi più complessi, prelievi).

2021: Progetto Ematologia Territoriale e a domicilio. In collaborazione con il Policlinico Umberto I – Ematologia, il Municipio II e Asilo Savoia, I.R.ASP crea il servizio di mobilità esterna che permette all'UOC Ematologia di eccellenza regionale del Policlinico Umberto I di fornire prestazioni esterne e a domicilio per pazienti oncologici e affetti da gravi forme di malattie ematologiche.

3. CONTINUUM DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI: PROGETTO-PILOTA INTEGRATO DI WELFARE SOCIALE E SANITARIO IN UN DISTRETTO RMANO O IN UNA IN TERA PORZIONE DI TERRITORIO CITTADINO

Può essere scelto uno spicchio di Roma, quello della ASL RM 1 e inizialmente il Municipio II o altra area aggiuntiva, come prototipo per la realizzazione del continuum di servizi sociali e sanitari sopra descritti. In tale contesto, la ASP può farsi promotrice di un progetto per fare incontrare la domanda di abitazioni dell'enorme numero di studenti fuorisede (La Sapienza, Luiss, etc.) e le disponibilità di patrimonio occupato da nuclei familiari di anziani soli. Tale progetto prevede il monitoraggio, l'accompagnamento del nuovo modello abitativo, sottraendolo alla speculazione di mercato, e favorisce l'incontro inter-generazionale e il radicamento nella Capitale di grandi risorse giovanili e culturali, in un modello di socialità integrata e di cittadinanza attiva sia dal lato giovanile che da quello della popolazione anziana. Uno dei tasselli dello sviluppo della città dall'anomia e frammentazione a una nuova socialità, dove gli stessi bisogni diventano volano di maggiore aggregazione e coesione sociale.

4. UN PROGETTO SPECIALE AL SAN GIACOMO IN AGUSTA: LA BELLEZZA DEGLI ANNI E LA GRANDE BELLEZZA. L'ARGENTO DI ROMA, ARGENTO VIVO: SENIOR HOMES, SERVIZI RESIDENZIALI INNOVATIVI, “CASA DELLE GENERAZIONI”, UMANIZZAZIONE, BIGLIETTO DA VISITA DI ROMA INTERNAZIONALE E UMANA, DOVE LA VITA È DOLCE ANCHE QUANDO SI INVECCHIA.

È un progetto da cui si può partire o da utilizzare per rilanciare il ruolo di Roma anche a livello internazionale trasformando una strettoia della società occidentale, come la pesantezza degli anni in più, in una grande proposta.



Un luogo capace di comunicare come anche la vita degli anziani a Roma può diventare “dolce”, immersa nella bellezza, nel cuore della città non come spazio separato. A riprova che il mix di storia, cultura, arte, bellezza, clima, *food*, radici umanistiche e cristiane, può diventare accessibile a tutti. Un rilancio di Roma come luogo della qualità della vita e della vita “dolce” con ripercussioni anche nella riduzione dei conflitti sociali, nella capacità inclusiva e di tolleranza, percepibile, visibile e proposta anche a chi viene da fuori. Un modello esportabile.

Un “Beaubourg” visitabile, con luoghi della cultura e del tempo libero, ma dove il centro è proprio il modo in cui gli anziani possono vivere nella bellezza e dialogare, partecipare con l'esterno, mentre le giovani generazioni diventano parte integrante riannodando un dialogo tra le generazioni. I grandi “vecchi” del mondo testimonial-invitati-volontari ricorrenti quando vengono a Roma. Vetrina di alta cucina italiana popolare, per gli ospiti e aperta all'esterno.

È noto come l'ex-ospedale San Giacomo dal 2008 non sia attivo, utilizzato in piccola parte per altre destinazioni e che in parte sia in deperimento.

I diversi progetti di utilizzo con cambio della destinazione d'uso originaria, alienazione, trasformazione hanno incontrato negli anni molteplici ostacoli, anche per i vincoli importanti sulla destinazione d'uso legata all'iniziale lascito Salviati.

Recentemente la Regione Lazio con la determina G 15035 del 22/11/18 lo ha assegnato a società pubblica per la valorizzazione complessiva del bene nel Fondo i3. Tra le diverse funzionalità future è stata individuata la possibilità di realizzare anche una Senior Home, assieme ad altri usi.

I.R.ASP – qualora non vi sia una scelta di messa totale a reddito che sembra in ogni caso cozzare con difficoltà giuridiche a causa della destinazione del lascito originario irrisolte – ritiene di potersi proporre per un ringiovanimento delle finalità originarie, con la creazione di servizi residenziali innovativi modello a favore degli anziani e a vantaggio di altre fasce deboli, con progetto integrato di *co-housing*, comunità-alloggio, condomini protetti, centrale di monitoraggio attivo anziani a sostegno dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare, anche con una nuova funzione di “Casa delle Generazioni” per riannodare – in un punto strategico della città – il dialogo tra giovani e anziani, anche con coinvolgimento di volontariato e società civile.

La bellezza (invece della maledizione) degli anni e la grande bellezza assieme. Una risposta alla tendenziale ghettizzazione della quarta età nelle società occidentali, che può diventare un paroposta culturale e organizzativa in Italia e altrove.

Il *know how* e la sedimentazione di conoscenze e esperienze innovative che oggi I.R.ASP può offrire, (anche con la capacità di coinvolgimento e dialogo con Caritas e Comunità di Sant'Egidio e il meglio della società civile organizzata in vario modo), per la progettualità di servizi umanizzanti rivolti a persone anziane e a quanti, fragili e meno fragili gravitano nel Centro storico, appare come una grande e unica occasione per una valorizzazione dell'immobile, almeno in parte, anche con uno sportello di dialogo internazionale in un punto strategico della città. Un progetto che si presta a un sistema integrato, *show room* di fatto, anche con servizi rivolti all'esterno per una fascia di visitatori internazionali, che può diventare una proposta internazionale su come costruire soluzioni alternative all'istituzionalizzazione per gli anziani, in



un contesto di forte integrazione sociale e come proposta civica, aperta a volontariato culturale e sociale giovanile, e a volontariato internazionale, come centro di offerta culturale.

I.R.ASP offre la propria disponibilità per la fornitura di contenuti e la gestione delle parti specifiche del qui denominato **Progetto San Giacomo, per interagire con il progetto complessivo, come chiave strategica del rilancio internazionale di Roma e della Regione Lazio.**

La parte attualmente chiamata “Senior Homes”, può essere rivista nel senso sopra indicato. Può convivere anche con progetti rivolti direttamente alla creazione di un’offerta culturale, turistica, artistica di qualità, accessibile a tanti ma di livello qualitativamente alto, come volano per progetti ulteriori di riqualificazione anche dell’offerta turistica. I ritorni economici possono strutturalmente anche essere canalizzati a sostegno delle attività socio-sanitarie per la popolazione più svantaggiata di Roma. Una scelta di questo tipo può rivelarsi utile per una soluzione avanzata anche a una complessa vicenda giuridica che ha portato a parziale degrado il bene in questione.

Partner in questo progetto possono sono per definizione Grandi Fondazioni private, MIBACT.

PERCHE' I.R.ASP

La storia che soggiace a I.R.ASP, e che ha radici nelle iniziative a favore delle donne in difficoltà e dei poveri di Sant’Ignazio di Loyola, che vede coinvolti i papi Paolo III, San Filippo Neri, i cardinali Carafa, poi Paolo IV e Federico Cesi, Pietro da Cortona, converge e integra quella legata alla nascita prima e al rinnovo delle finalità e dell’edificio che ospita nella sua forma ad H attuale dall’ultima parte del XVI secolo, per l’impegno del cardinale Salviati e alla destinazione da lui fissata. I.R.ASP rende possibile la ricongiunzione tra le finalità originarie, il ruolo storico svolto nella città di Roma, con le esigenze di ripensamento e rinnovamento indispensabili. Permette nel contempo di offrire servizi rinnovati alla città e al mondo internazionale che gravita su Roma un luogo che può parlare in maniera esplicita della capacità di Roma di ripensare la grande tradizione di ospitalità e di umanizzazione del tessuto cristiano in maniera universalistica, diventando il luogo in cui “la grande bellezza” diventa anche il luogo che mostra come reinventare la più grande conquista della civiltà contemporanea, “gli anni in più e l’allungamento della speranza di vita”.

IL PROGETTO PUO' RIGUARDARE ALTRE STRUTTURE DISPONIBILI E CHE NELLE PROFONDE TRASFORMAZIONI DELLA VITA URBANA POST-COVID POTREBBERO RENDERSI DISPONIBILI, COME ALCUNI PADIGLIONI DEL SANTA MARIA DELLA PIETA'

5. RICONVERSIONE DI SERVIZI DI GRANDI DIMENSIONI IN NUOVE TIPOLOGIE DI SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE ANZIANE O FRAGILI –



NUOVE TIPOLOGIE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER NUOVE E VECCHIE FRAGILITA'. SERRVIZI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E PROMOZIONE DELLA COESIONE SOCIALE

Reti di comunità-alloggio, condomini protetti, convivenze assistite e solidali, *co-housing* accompagnato per anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti, come prevenzione e alternativa a istituzionalizzazione (case di riposo, R.S.A.), e per progetti di riconversione strutturale di case di riposo e R.S.A., a titolo sperimentale, in un piano progressivo di lungo periodo. Si propone un Piano poliennale (con legge regionale che cambi la soglia massima di ospiti in ciascuna struttura e incentivi) per la trasformazione di sistema entro il 2030.

Tali servizi rappresentano uno dei poli del sistema del continuum socio-assistenziale e socio-sanitario dal monitoraggio e dalla bassissima intensità assistenziale alla più specializzata medicina personalizzata e ospedalizzazione per patologie acute complesse, riempiendo la zona intermedia, tra la casa, l'ambiente originario e le strutture ad alta specializzazione, sgravandole ma fornendo una gamma complessiva di sostegno alle persone fragili e alle loro famiglie, anche valorizzando, dove c'è, il welfare familiare, accompagnandolo e inserendolo in un sistema integrato.

2021 ASSISTENZA ALLOGGIATIVA PER NUCLEI FAMILIARI AD ALTO RISCHIO DI FRAGILITA' STRUTTURALE E POVERTA' ASSOLUTA E PER CITTADINI ANZIANI A RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE O IN GRADO DI USCIRE DA ESPERIENZE PASSIVIZZANTI DI ISTITUZIONALIZZAZIONE

I primi 4 progetti di assistenza alloggiativa e *co-housing* vengono avviati nei mesi di febbraio e marzo 2021. Tre a favore di famiglie filippine con minori vittime di disastro, sopravvissute a incendio di baraccopoli e uno a favore di 5 anziani a rischio di istituzionalizzazione, nella zona Giustiniana e Fiera di Roma, in immobili inclusi nel patrimonio indisponibile di I.R.ASP. le due tipologie sono l'avvio di progetti integrati – un nucleo filippino coinvolto nelle attività di sostegno del *co-housing* di anziani adiacente. L'intera rete si avvale di una collaborazione con le esperienze avanzate e radicate nella città di Roma della Comunità di Sant'Egidio.

2021 PROGETTO PARCO DI VEJO

Superando le difficoltà e i rallentamenti accumulati nel 2020 per le difficoltà legate al diffondersi della pandemia da nuovo coronavirus e dalla necessità di riduzione delle attività e dei movimenti, dal mese di marzo 2021 si avvia il progetto integrato, in collaborazione e per incarico del Dipartimento Politiche Sociali di Roma Capitale definito "Parco di Vejo".

Esso rappresenta l'avvio di iniziative congiunte e per conto del Dipartimento Politiche sociali di Roma Capitale per la promozione di servizi residenziali non istituzionalizzanti per anziani, nella prospettiva di una riconversione delle Case di Riposo comunali e di una risposta di qualità alle esigenze della popolazione anziana della Capitale.

Il progetto prevede la creazione di **1 *co-housing* accompagnato**, per ospiti anziani già residenti nelle Case di riposo e segnalati dai servizi territoriali, con l'obiettivo di favorire forme di



autonomia associata e sostenibile, e la creazione di **2 Comunità-alloggio** per dieci ospiti ciascuna, in stabile ristrutturato, decentrato, della Casa di Riposo Parco di Vejo in via Rocco Santoliquido 81-88, in zona Giustiniana.

Sono allo studio con il Dipartimento Politiche Sociali altri servizi allocabili nella medesima struttura, che si trova adiacente al Centro Anziani della zona e, a regime, rappresenta un interessante snodo di residenzialità integrata nel tessuto sociale circostante.

L'intero progetto si presenta come primo passo per la futura riconversione della Casa di Riposo dello stesso comprensorio in nuovi servizi residenziali.

2021 COPROGETTAZIONE CON ASILO SAVOIA ASP “POLO BENESSERE E SALUTE PER TUTTI” PRESSO LA CASA DI RIPOSO, STRUTTURA RESIDENZIALE DI ROMA CAPITALE DENOMINATA “ROMA 3” IN VIA VENTURA 60 (PINETA SACCHETTI)

I.R.ASP partecipa con Asilo Savoia ASP alla realizzazione del progetto di valorizzazione e utilizzo delle strutture coperte e degli spazi esterni alla Casa di Riposo Roma 3 concordato con il Dipartimento per le Politiche Sociali di Roma Capitale. Il progetto, che si inserisce nelle politiche per favorire l'invecchiamento attivo, vede in I.R.ASP il partner che offre la possibilità di partecipazione e di integrazione nel servizio degli anziani più fragili, sia quanti sono presenti nella residenza “Roma 3” che quella porzione di popolazione anziana che può beneficiare delle attività sportive e di riabilitazione leggera che verranno offerte, ma che presenta maggiori necessità di accompagnamento e di essere coinvolta in percorsi pro-attivi per potere usufruire dell'offerta.

La location è adiacente al Parco Regionale Urbano del Pineto, in Via G. Ventura 60, ed è situata la struttura residenziale per anziani, denominata “Roma 3”, gestita dall'Amministrazione di Roma Capitale, Dipartimento Politiche Sociali – Direzione Benessere e Salute. Il complesso residenziale è dotato di specifici impianti dedicati all' “*Active Ageing*” o invecchiamento attivo che vengono resi disponibili alla popolazione e inseriti in uno stabile programma di attività a vantaggio dell'intera zona.

Dal momento che l'intero complesso “Roma 3” dispone di più fabbricati non interamente oggi utilizzati, come casa di riposo e residenze per la terza e quarta età, dopo avere individuato una struttura all'interno del corpo A con caratteristiche appropriate, I.R.ASP ha sottoposto a Roma Capitale un progetto di riconversione del fabbricato.

2021-2023 SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE CON FRAGILITA' E ANZIANI “ROMA 3”

REALIZZAZIONE DI NUOVE TIPOLOGIE RESIDENZIALI PER ANZIANI E PERSONE FRAGILI ALL'INTERNO DEL “CORPO A” DELLA STRUTTURA DI VIA VENTURA 60.



La DGC 148/2018, infatti, prevede la realizzazione di nuove tipologie residenziali per anziani e persone fragili all'interno del Corpo A della struttura Roma 3, attualmente quasi completamente inutilizzato.

I.R.ASP ha proposto di prendere in carico la realizzazione del progetto previsto dalla Deliberazione sia per la parte relativa alla ristrutturazione con l'impegno a verificare la fattibilità dei progetti, supervisionare e monitorare lo svolgimento dei lavori necessari alla predisposizione delle tipologie residenziali programmate, sia per l'organizzazione e la gestione dei servizi.

Tra gli obiettivi del Progetto, anzitutto migliorare la qualità della vita degli anziani e promuovere un nuovo modello culturale di cura degli anziani, non assistenzialista e più in grado di valorizzare le risorse delle persone, di riconoscere il loro diritto alla autodeterminazione. Per raggiungere questo obiettivo vengono realizzati modelli residenziali più sostenibili economicamente e fortemente integrati con i servizi territoriali.

Necessariamente va favorita la diffusione di strutture di piccole dimensioni, con elevata flessibilità organizzativa, inserite nel contesto urbano.

Il progetto Roma 3 si colloca in un edificio che si sviluppa su due piani e un piano terra, e necessita di una completa ristrutturazione e della verifica preventiva degli impianti e di tutti gli infissi. I costi della ristrutturazione (I.R.ASP collaborerebbe alla progettazione, coerentemente con i nuovi fini, e propone la forma giuridica del rapporto tra Roma Capitale e I.R.ASP).

In conformità con la Deliberazione citata nella struttura possono essere realizzate 2 Comunità-alloggio per 8 persone ciascuna, ai primi due piani, due appartamenti per co-housing per adulti con fragilità per 3 persone ciascuno, 12 mini-appartamenti singoli per anziani e adulti con fragilità e un appartamento per una famiglia che svolga attività di guardiania e sostegno a vantaggio dell'intera struttura, al piano terra.

NEL TRIENNIO I.R.ASP HA PROPOSTO DI CONTRIBUIRE, IN COLLABORAZIONE CON ROMA CAPITALE, ANCHE AI PROCESSI DI RICONVERSIONE DELLA RESIDENZA "CASA VITTORIA" E DEL SISTEMA CASE DI RIPOSO DELLA CITTA', IN NUOVE TIPOLOGIE RESIDENZIALI.

2021. PROGETTO CASA DAGO: SERVIZIO PERMANENTE DI INTERESSE REGIONALE PER LA REINTEGRAZIONE FAMILIARE E SOCIALE DEI PAZIENTI POST COMATOSI

Dal 2018 la Regione Lazio ha avviato una interlocuzione con IRAS prima e, da settembre 2021 con I.R.ASP per la realizzazione del prototipo di servizio permanente regionale per la reintegrazione familiare e sociale di persone che hanno attraversato lo stato di coma e necessitano di un percorso di riabilitazione finalizzato al pieno reingresso nella vita familiare e sociale. L'esperienza nel campo della Cooperativa Arco 92 è confluita nel Progetto che I.R.ASP realizzerà dalla tarda primavera del 2021 in collaborazione con la medesima Cooperativa. Il



servizio è rivolto a un primo nucleo di dieci persone, con spazi per la vita autonoma di ciascuno, accompagnato da un familiare residente, e spazi per la vita associata, laboratori, attività riabilitative e comuni, percorsi di recupero dell'orientamento e delle capacità sociali. Poli di riferimento sanitari elettivi, per il primo progetto, sono la Fondazione Santa Lucia e il Policlinico Gemelli. Il servizio verrà avviato prima dell'estate 2021, e rappresenta un'esperienza replicabile in altri punti del territorio regionale.

6. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I.R.ASP propone l'incremento delle risorse esistenti e la creazione di un **Fondo Regionale per l'assistenza domiciliare integrata**, e il fondo per i *caregiver* familiari, nazionale e regionale e, analogamente, nell'auspicio che venga creato a livello nazionale e regionale un **Fondo per la riconversione di R.S.A.** in nuove strutture più articolate di reti di comunità-alloggio non superiori a venti unità. I.R.ASP può stipulare in tal senso contratti di servizio. Prototipi innovativi possono essere creati – assieme alle ASL, nella programmazione sanitaria regionale, anche all'interno dei fondi ordinari da destinare alle nuove R.S.A. da realizzare, a parità di investimento. I.R.ASP ha proposto di contribuire alla realizzazione di moduli nuovi e per sperimentare uno o due primi percorsi di riconversione di R.S.A., da individuare con le Autorità regionali. I.R.ASP – con le AA. Regionali, intende collaborare alla creazione di percorsi di monitoraggio della qualità dei servizi già in essere – messi a dura prova in maniera selettiva dalla pandemia Covid-19 – per la verifica, l'efficientamento e **l'analisi di impatto dei nuovi servizi e del nuovo welfare.**

2021: la prima riconversione già prevista è quella della **Casa di Riposo Sant'Eufemia**, interna alla sede storica dell'I.R.ASP, **per una trasformazione in Comunità alloggio integrata anche nel sistema di relazioni sociali promossa dal nuovo servizio di assistenza domiciliare** nel Municipio II e altre zone di Roma che farà della sede di via Guattani la centrale operativa del monitoraggio e il centro di partenza e di ritorno dell'animazione socio-assistenziale e socio-sanitaria.

7. FORMAZIONE 2021-2023

SCUOLA DI FORMAZIONE PER FIGURE PROFESSIONALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE E NUOVE FIGURE DI OPERATORI SOCIALI ORIENTATA ALLA RIQUALIFICAZIONE E ALLA PREPARAZIONE DI PROFESSIONISTI E OPERATORI CHE OPERERANNO IN STRUTTURE CON MINORE TASSO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE E FORME DI VITA E ASSISTENZA INTEGRATE E DI MINORI DIMENSIONI (OSS, CAREGIVER, FACILITATORI DI CONVIVENZE,ETC).

FORMAZIONE E PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIALE, AVVIAMENTO AL LAVORO PER PERSONE DISABILI E CATEGORIE FRAGILI



La maggiore efficacia di tutti i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari non può prescindere dal capitale umano e da percorsi di formazione, riqualificazione e aggiornamento *on the job*. Proprio la scarsa diffusione di servizi non istituzionalizzanti – soprattutto per anziani – fa sì che anche le attuali scuole di formazione esistenti (soprattutto per OSS siano più orientate a una formazione che tiene scarsamente in conto le attitudini e alcune competenze specificamente necessarie per attivare servizi residenziali di tipo comunitario, non passivizzanti. Occorreranno progressivamente figure professionali intermedie, come pure le stesse professioni sanitarie esistenti, come gli infermieri, gli educatori, andranno riorientate verso la necessità di promuovere tessuto umano e sociale, oltre che fornitura di singole prestazioni.

In tal senso I.R.ASP si candida a diventare Ente pubblico accreditato alla Formazione, per l'aggiornamento degli operatori esistenti e la formazione dei nuovi, in un fabbisogno crescente, a vantaggio anche di altre ASP e Aziende sanitarie e ospedaliere, in collaborazione con gli Ordini, gli Albi professionali, partner istituzionali, Università e organizzazioni di avanguardia nel settore.

2021. Posti di lavoro per persone con disabilità al Villino Crespi.

Centro di Preparazione Pasti e Catering per creare posti di lavoro per persone disabili. Avvio nella prima metà del 2021. Upgrading delle cucine e dell'area dedicata alla preparazione dei pasti nel Villino Crespi per programma di realizzazione di un Centro attrezzato alla produzione di pasti di qualità per gli ospiti interni a I.R.ASP e per il catering esterno, verso persone anziane, convivenze, comunità: con impiego professionale di persone disabili crescenti nel triennio.

I.R.ASP ha avviato una interlocuzione con i soggetti locatari di porzioni patrimoniali dell'Ente a destinazione agricola per un upgrading nel senso della responsabilità sociale degli stessi progetti imprenditoriali che insistono sui terreni dell'Ente. Nella valorizzazione di medio e lungo periodo del patrimonio I.R.ASP intende costruire forme di partnership non imprenditoriale, ma sociale, volte a offrire nuove possibilità per l'inserimento di categorie fragili nell'agricoltura sostenibile.

8. IMMIGRATI, PROFUGHI, SECONDA ACCOGLIENZA, FORMAZIONE E ACCOMPAGNAMENTO PER L'INCLUSIONE E PERCORSI DI AUTONOMIA

I.R.ASP inserisce nelle proprie linee strategiche progetti di inserimento sociale, integrazione, inserimento professionale e accompagnamento all'autonomia per profughi e richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale già inseriti o da inserire nei percorsi di assistenza (SPRAR, CAS, minori che escono dai percorsi per minori non accompagnati). Attraverso il coinvolgimento della società civile, l'assistenza alloggiativa, la formazione linguistica e civica, la formazione o l'indirizzo al lavoro, il monitoraggio sugli esiti dell'assistenza di secondo livello finalizzati o all'autonomia, I.R.ASP ha messo a punto un modello utilizzabile per percorsi quanto più personalizzati – in collaborazione con i servizi esistenti e avviandone di nuovi già strutturati in questo modo – di inclusione sociale. Il modello di accoglienza e integrazione offerto a livello nazionale dai "Corridoi Umanitari" ha già offerto, infatti, indicazioni importanti per rendere più efficace l'assistenza pubblica, che oggi è carente



proprio sul terreno dell'integrazione, riducendo gli importanti benefici che sono negli obiettivi a vantaggio degli immigrati in Italia (una delle cause del malcontento e della paura).

9. MODULI RESIDENZIALI INTEGRATI DI SOSTEGNO PER PERSONE VITTIME DI VIOLENZA, DI TRATTA, EX-MINORI E PER EX DETENUTI: ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE PER L'INCLUSIONE ATTIVA ALL'USCITA DAI PROGRAMMI ASSISTENZIALI

Analogamente possono essere messi a punto **Servizi residenziali minimali e percorsi formativi per l'accompagnamento all'autonomia**, i primi appartamenti di appoggio prima dell'ingresso nel programma di protezione anti-tratta e all'uscita, per accompagnare i percorsi non pienamente compiuti di autonomia e inserimento professionale di **vittime di violenza e tratta**. L'efficacia del progetto è favorita dalla consuetudine, già sperimentata dal patrimonio di conoscenze e professionale disponibile in I.R.ASP, di interazione con le orientate di integrazione e tessuto sociale dei mondi raggiunti anche dal volontariato più attivo.

E per ex-detenuti che non possano contare sul sostegno di reti sociali. Con misure di inserimento e sostegno sociale e nel dialogo con le amministrazioni (uffici del lavoro, etc.) per persone messe alla prova e programma di formazione e accompagnamento al lavoro.

10. CENTRI ALZHEIMER E "DOPO DI NOI"

I.R.ASP già è titolare di un servizio territoriale a favore dei malati di Alzheimer e di un Centro Diurno Alzheimer. Ha oggi le competenze per poter contribuire a costruire – come Ente di riferimento per il settore, se la Regione Lazio lo ritenesse, anche con dotazione di risorse dal Fondo regionale – gli standard per la riqualificazione dei Centri Alzheimer esistenti, con forme di **upgrading** per la riqualificazione del personale già impiegato e le attività progettuali. Negli ultimi venti anni gli stessi cambiamenti sociali chiedono un "tagliando" dei servizi offerti dai centri Alzheimer, ma anche la messa a punto di modalità di dialogo e informazione con le famiglie per anticipare il momento in cui le stesse famiglie si rivolgono ai servizi. È **prassi consolidata quella di rimandare fino al momento di comparsa di sintomi importanti la presa in carico da parte dei servizi e la richiesta agli stessi: cosa che riduce l'efficacia di servizi che, se avviati precocemente, permettono risultati maggiori e importanti. Iniziative di sensibilizzazione delle famiglie per un dialogo anticipato nel tempo con i servizi può dare importanti risultati.**

Con il Dipartimento Politiche Sociali di Roma Capitale è allo studio l'apertura-presenza in carico di un Centro Alzheimer nel 2021.

Quanto al **"Dopo di Noi"**, la cui responsabilità attuativa ricade ampiamente sotto i comuni e Roma Capitale I.R.ASP intende collaborare con la Regione Lazio e Roma Capitale per mettere a punto esperienze di diffusione culturale e realizzazione di percorsi di accompagnamento di famiglie e enti, per l'attivazione e le garanzie di funzionamento nel tempo dell'istituto previsto dalla legge del "trust" come Centro di riferimento per la promozione dello stesso, la formazione e il monitoraggio dei "trustee", l'accompagnamento legale – assieme ai Notai e alle loro rappresentanze, a giuristi,



all'associazionismo, con gruppo di lavoro ad hoc: per la costruzione di progetti personalizzati per le persone disabili gravi e i nuclei familiari e di sostenitori coinvolti e da coinvolgere. Un'azione di "patronato" e di impulso dello stesso istituto.

