

Questo secondo Rapporto sulla Povertà a Roma e nel Lazio potrebbe avere un sottotitolo: *come vivere nella crisi*. Ma anche: *come vivere meglio, invece che peggio, al tempo della crisi*. In ogni capitolo c'è uno sforzo di analisi. Ma anche le storie e i percorsi per trasformare difficoltà straordinarie in *chance* per una nuova, possibile, qualità della vita.

Dalla collaborazione tra la Comunità di Sant'Egidio e la Camera di Commercio di Roma nasce questo tentativo di cogliere come cambiano la povertà e il disagio a Roma e nel Lazio, con uno sguardo alla situazione nazionale: vecchie e nuove povertà. Un paio di occhiali per provare a vedere le tendenze, le zone d'ombra, ma anche una lettura in profondità, dove è possibile, per trovare le soluzioni.

Accanto ai dati c'è uno sforzo di comprensione dal basso, attraverso l'attenzione alle persone, alle loro storie, alla dimensione umana, alle dinamiche reali di quello che "povertà" significa. Per questo si tratta di un Rapporto con un'angolazione diversa, che cerca di mettere insieme in maniera ragionata i dati, ma anche le persone, i luoghi reali della vita quotidiana, l'"alto" e il "basso". Per cogliere l'intreccio di una fatica di vivere che, meno è considerata, più mette a rischio politiche sociali, modelli di convivenza e di sviluppo. A volerlo, possono essere qui trovati suggerimenti non solo per gli amministratori, per i protagonisti dell'economia, del credito, della pianificazione del territorio e dell'informazione, ma anche per le famiglie.

Dalla crisi si esce sempre insieme, e occorre cambiare mentalità. Vedere un po' di quello che in genere non si vede può aiutare: perché capire meglio la povertà aiuta a combatterla meglio, senza combattere i poveri.

RAPPORTO SULLA POVERTÀ A ROMA E NEL LAZIO 2012

COMUNITÀ DI SANT'EGIDIO

# RAPPORTO SULLA POVERTÀ A ROMA E NEL LAZIO 2012



*i libri di*  
SANT'EGIDIO

FRANCESCO MONDADORI



Rapporto sulla povertà  
a Roma e nel Lazio

Rapporto sulla povertà  
a Roma e nel Lazio  
2012



Comunità di Sant'Egidio

La pubblicazione è realizzata con il contributo di



*Direzione scientifica e coordinamento:* Mario Marazziti, Francesca Zuccari

*Curatori:* Stefano Capparucci, Paola Cottatellucci, Rita Cutini, Antonella de Palma, Federico Di Leo, Carmen Genovese, Fabrizio Nurra, Daniela Pompei, Carlo Santoro, Angela Silvestrini

Comunità di Sant'Egidio  
Piazza S. Egidio 3a  
00153 Roma  
info@santegidio.org  
[www.santegidio.org](http://www.santegidio.org)

Francesco Mondadori s.r.l.  
Via Pietrasanta, 12 – 20141 Milano  
Tel. 02 36708011 – Fax 02 36707798  
info@moremondadori.com  
[www.moremondadori.com](http://www.moremondadori.com)

*Coordinamento:* Marta L'Erede  
*Art director:* Giorgio Gardel

© Copyright 2012 Francesco Mondadori s.r.l.

ISBN 978-88-97702-03-0

## Indice

Introduzione di Mario Marazziti	7
Isolamento e solitudine, nuova povertà. L'importanza delle relazioni nei nuovi contesti urbani	11
Vivere da anziani nel Lazio	27
Come cambia Roma: <i>genius loci</i> come destino e come chance. Esquilino, Torpignattara, Centocelle e Tor Bella Monaca	37
I poveri al tempo della crisi	65
Il problema casa: una questione difficile da governare	73
Essere disabili	89
Disuguaglianze in sanità: storie di cure mancate	111
Benessere psichico e povertà	117
Carcere: no alla doppia pena	145
Riferimenti, fonti e documenti consultati	167

## Introduzione

Quando il primo *Rapporto sulla Povertà a Roma e nel Lazio* è stato presentato, un anno fa, sembrava quasi non necessario un nuovo strumento per misurare, valutare, capire quanto avveniva nel mondo del disagio. Le conseguenze, pesanti, della crisi aperta dal crollo dei *prime-rate* e di colossi d'affari come Lehman Brothers erano così evidenti che semplici indicatori "all'ingrosso" sembravano sufficienti. Non era così. Quando ci sono più difficoltà occorre guardare meglio dove vanno a concentrarsi – e depositarsi le difficoltà, la fatica di vivere. Qualche volta in maniera non sopportabile. I tempi difficili sono anche una grande occasione per cambiare, in meglio. Stili di vita, ma anche meccanismi di spesa, politiche sociali, per contrastare la dispersione, ridurre i disagi, inventare un modo nuovo di vivere insieme. A partire dalle difficoltà dei più deboli. È convinzione profonda della Comunità di Sant'Egidio che quando una città, una regione, un paese sono a misura dei più deboli, tutti viviamo meglio.

Questo secondo *Rapporto sulla Povertà a Roma e nel Lazio* potrebbe avere un sottotitolo: come vivere nella crisi. Ma anche: come vivere meglio, invece che peggio, al tempo della crisi. In ogni capitolo c'è uno sforzo di analisi. Ci sono dati non sempre facili da reperire, importanti, che permettono di vedere le ripercussioni nella vita quotidiana di migliaia, centinaia di migliaia di persone. Non è scontato che se ci sono meno mezzi la vita deve essere per forza più difficile e non c'è niente da fare. Le difficoltà non sono mai egalitarie e non colpiscono mai allo stesso modo le singole famiglie. Si accaniscono a volte con chi male stava già prima, e, a sorpresa, possono toccare chi ne era stato sempre fuori. Sta accadendo.

Ma accanto a questo sforzo di analisi c'è anche un tentativo di risposta. Almeno qualche suggerimento per indicare dove andare a cercare una soluzione. Non si resta schiacciati, nelle pagine che fanno parte del Rapporto, dal disagio sociale. Si cercano vie d'uscita, si portano ad esempio alcune soluzioni dal basso che sarebbero praticabili anche su larga scala.

Ci sono suggerimenti non solo per gli amministratori, per i protagonisti dell'economia, del sistema del credito, ma anche per le famiglie. Non è, ovviamente, un Rapporto-panacea. Non si pretende di avere soluzioni per tutto. Ma un'indicazione di metodo, una flessibilità che diventi efficienza, riduzione della fragilità sociale, sì. Dalla crisi si esce sempre insieme e occorre cambiare mentalità, vedere quello che non si vede: è possibile. Lo sforzo, avviato due anni fa, è stato quello di metter insieme uno strumento capace di indicare almeno alcune tendenze. Un paio di occhiali per provare a vedere a Roma e nel Lazio, e in un confronto nazionale, i cambiamenti nel disagio, le tendenze, le zone d'ombra.

Le difficoltà di bilancio, la necessità di un governo tecnico per scelte protrattesi nel tempo e dilazionate fino al rischio di implosione del sistema, sono lo scenario ulteriore in cui si colloca questo secondo Rapporto. Proprio la prolungata riduzione di investimenti, o almeno la necessità di tagli in molti settori della spesa

pubblica rendono oggi la lettura di queste pagine, e la ricerca che le ha rese possibili, ancora più utile. Necessaria. *Capire meglio la povertà aiuta a combatterla meglio, senza combattere i poveri.* In tempi di crisi aumenta il rischio opposto, purtroppo. È scritto nella storia moderna e si ripresenta oggi. Quando un'ondata anti-immigrati, anti-rom, anti-anziani, anche in Europa si fa largo senza che ci siano nel dibattito pubblico anticorpi sufficienti. Nascono così vulgate, paure, antagonismi. Si creano capri espiatori. Si rendono così ancora più difficili politiche sociali di integrazione e inclusione.

Il centro di questo Rapporto restano Roma e il Lazio. Quanto più possibile dentro un quadro nazionale, a volte in una cornice europea: per capire tendenze, dinamiche di spesa, la ricaduta sulla qualità della vita dei cittadini più fragili di quanto accade attorno, e che poi diventa politiche sociali.

Occorre ripetere che non c'è, qui, la pretesa di “fare il punto” statistico: anche se in molti casi si riuniscono le fonti e si dà un quadro d'insieme o analitico di problemi come quello della casa, della disabilità, del disagio psichico, della reclusione. È impossibile, lo sappiamo, unificare e comparare fonti diverse, serie temporali diverse. In qualche caso è stato possibile raggiungere una fotografia quantitativa aggiornata. C'è però, sempre, lo sforzo di comprensione dal basso. Ed è cresciuta qui, forse, rispetto al primo Rapporto, l'attenzione alle storie, alla dimensione umana, alle dinamiche reali di quello che “povertà” significa a Roma e nel Lazio. Lo si vede anche dalla struttura dei capitoli che si succedono. C'è sempre una storia che rappresenta le tendenze in atto. E altre storie che esemplificano l'intreccio – evitabile – di fattori che complicano la vita oltre il dovuto, e altre storie che invece raccontano come anche in tempi di contrazione del welfare, invece, molto si può fare. Se possibile queste pagine rappresentano anche una fonte per chi racconta questa parte del mondo ogni giorno, chi è chiamato ad amministrarla a vari livelli, chi è coinvolto nella sua vita quotidiana come operatore sociale, sanitario, culturale, imprenditoriale. È un auto-ritratto della città dal punto di vista di chi è più in difficoltà, ma anche il racconto, in qualche caso, di quello che si può fare. Per questo può tornare utile anche ai non addetti ai lavori. Per sapere dove viviamo, oltre i luoghi comuni.

Non c'è, ovviamente, “tutto”. Il 2011 è stato l'anno del Censimento e presto sapremo molto di più di noi stessi, dell'Italia in cui abbiamo vissuto e di quella in cui viviamo e che sta cambiando. Non c'era bisogno – che ci fosse “tutto”. Ma ci sono degli “ingrandimenti” per provare a leggere il cambiamento.

La Camera di Commercio ha già fornito una fotografia economica di Roma e del Lazio. C'è un saldo positivo delle imprese: turismo ed export sono in crescita, ma preoccupa l'alto tasso della disoccupazione giovanile, il calo del Pil e l'impennata della cassa integrazione. Luci e zone d'ombra. In un contesto nazionale molto difficile, l'area romana mostra comunque un andamento migliore rispetto al resto del Paese e questo conferma quanto avevamo già osservato. Ma sia le luci che le zone d'ombra non si distribuiscono in maniera univoca nella vita quotidiana dei cittadini. Ci sono dei nuovi protagonisti della “povertà”. È un fatto nazionale. Roma non è immune. Oltre ai singoli ci sono le imprese, e un sistema rigido – quando l'insolvibilità bancaria scatta in un punto si estende, con il blocco, a tutto campo – rischia di fare diventare crisi temporanee o personali un ostacolo insormontabile per nuove attività imprenditoriali o l'accesso al credito per un nuovo inizio, anche personale e familiare.

Le sofferenze bancarie delle imprese italiane sono aumentate di oltre 21 miliardi di euro. Tra il 31 luglio del 2010 e lo stesso mese del 2011 la percentuale di crescita della sofferenza bancaria ha superato il 40%. Record nazionale nel Lazio: qui l'incremento è stato del 70%. In termini assoluti (al 31 luglio 2011), l'am-

montare complessivo delle somme non restituite alle banche italiane ha superato i 74,5 miliardi di euro. Ma il problema è più grande nel Lazio.

Nel 2011 il numero di occupati in provincia di Roma è stato pari a 1,7 milioni (1.032 in meno rispetto al 2010). Il tasso di occupazione è sceso al 61% (era 61,3% nel 2010). Il numero delle persone in cerca di occupazione è stato di 159mila, 11mila in meno rispetto al 2010. Il tasso di disoccupazione, nel 2011, si è attestato all'8,5% (era 9,1% nel 2010). Ma preoccupa la forte crescita della disoccupazione giovanile (15-24 anni) che ha raggiunto nel 2011 il record assoluto: 36,1% (era 30,5% nel 2010). Sebbene il numero delle persone in cerca di occupazione sia diminuito nel 2011, la contestuale diminuzione del numero di occupati e del tasso di attività (passato dal 67,5% del 2010 al 66,8% del 2011) porta a considerare che, probabilmente, la diminuzione dei disoccupati è da ricondurre, in parte, all'“effetto sfiducia” da parte dei lavoratori che, scoraggiati dalla difficoltà di trovare un'occupazione, non la cercano più attivamente. E continua a crescere il ricorso alla Cassa integrazione guadagni che nel 2011 a Roma ha superato i 45 milioni di ore autorizzate. L'incremento, rispetto al 2010, è del 38,5% a fronte di una diminuzione del 18,8% registrato in Italia. Al 31 dicembre 2011 le sofferenze bancarie in provincia di Roma sono state pari a circa 12 miliardi di euro: meglio che nel resto d'Italia, ma con una accelerazione, forse, superiore. Considerando solo le sofferenze bancarie verso le imprese, la crescita nel semestre considerato è stata del 5,3%. Il rapporto sofferenze/impieghi relativo alle sole imprese si è attestato all'8,9%, valore che non solo è nettamente peggiore di quello riferito alla clientela considerata nel complesso (3,3%), ma evidenzia anche come il rischio nella concessione di credito alle imprese romane risulti più alto anche nel confronto con l'indicatore medio nazionale che si ferma “solo” all'8,1%. Nel 2012 l'economia romana mostra così una contrazione molto forte.

Fin qui lo scenario generale. Questo secondo Rapporto si apre con una domanda e una risposta. Se non occorra cambiare modello di crescita e di vita urbana. La solitudine e l'isolamento diventano pesi aggiuntivi – nella condizione di vita degli anziani, di fronte alla malattia, in una crisi familiare, in presenza di separazioni e divorzi. La “prossimità” può essere un'arma importante di prevenzione e di messa in rete di risorse importanti che non vanno a gravare direttamente sui bilanci sociali delle amministrazioni. Gli esempi di convivenze di anziani avviate dalla Comunità di Sant'Egidio rappresentano una via praticabile a livello territoriale e una proposta di innovazione della risposta sociale e sanitaria.

Negli ingrandimenti la “disabilità”, anche oltre i confini dell'handicap, appare come una domanda importante, da cui dipende la qualità della vita o l'impoverimento di essa per una grande fascia di popolazione romana. 1 milione 300 mila persone, soprattutto anziani, dichiara limitazioni e difficoltà legate allo stato di salute, e metà di questi vive in famiglia. Il rapporto contiene una disamina delle normative, le incrocia con le esigenze quotidiane. I tagli di servizi disponibili, e la mancata scelta per il sostegno sociale quando si sta ancora nella propria casa, mostrano un aumento del disagio. Le storie riportate lo spiegano bene. A volte le difformità burocratiche, nate per controllare la spesa, aumentano la spesa e diminuiscono l'efficacia di quello che è esistente e si può fare. Ci sono anche esempi, molti, che mostrano come, con un intervento intelligente di mediazione umana (e burocratica), storie impossibili possono essere avviate a soluzione. Impedendo la disperazione.

Si è pensato di andare a guardare un po' più da vicino alla “nuova Roma” di quartieri tradizionali come Torpignattara, Esquilino, Centocelle, Tor Bella Monaca, che in realtà già rappresentano la nuova città. Problemi e risposte possibili. Ma anche disagi che crescono in alcuni punti per assenza di visione o scelte amministra-

tive ripetitive o in discussione. Questo si affianca al problema della casa, che rimane importante, con i molti sfratti per morosità, le convivenze familiari che crescono, circa 30 mila domande di casa popolare in attesa. Negli “ingrandimenti” del Rapporto si vede come torna, spesso, un dato di fatto: che a “tagliare” senza progetto non si risparmia, ma si spende di più. E la qualità della vita peggiora. Aumenta il disagio psichico, ma si può ovviare alla solitudine delle famiglie e degli operatori. Si comincia a vedere il costo delle cure mancate: non è impossibile tagliare senza “tagliare la salute”. L’ultimo ingrandimento ravvicinato riguarda la vita in carcere. Vita dura. Troppo dura per riduzione di risorse e per detenzione non sempre necessaria. Un problema nazionale, ma che sfiora la pena aggiuntiva legata alle circostanze ambientali. La riduzione dei fondi a disposizione per il lavoro dei detenuti in carcere, un terzo di meno in 5 anni, l’affollamento e le poche risorse che hanno ridotto anche quanto è a disposizione per il cibo, per le misure alternative, fanno sì che il sistema carcerario sia un punto disfunzionale: per l’esigenza di sicurezza, per il recupero e la riabilitazione. Fino ad essere solo un costo, ingente: circa quattromila euro al mese per detenuto, ma praticamente niente per sostenere e evitare recidive, nuove detenzioni, sovraffollamento. Anche qui, emerge dal Rapporto, non c’è solo un piano inclinato. Molto si può fare, anche nella crisi. Per ridurre la povertà.

Mario Marazziti

## ISOLAMENTO E SOLITUDINE, NUOVA POVERTÀ L’IMPORTANZA DELLE RELAZIONI NEI NUOVI CONTESTI URBANI

*La vita di relazione conta, e conta molto, in termini di salute, di coesione sociale, di felicità, di qualità della vita. Al netto delle altre dimensioni (la casa, il reddito, la salute, ecc.) il fattore di rischio solitudine ha pesanti ripercussioni sulla qualità della vita delle persone e andrebbe considerato attentamente quando si disegnano le politiche sociali e sanitarie e anche quando si progettano i nuovi quartieri e le abitazioni, quando si pensa agli stili di vita, quando si intendono migliorare gli indicatori di benessere della popolazione. Nel 2006, il 7,2% degli europei viveva in una condizione di isolamento sociale assoluto: sono coloro che dichiarano di non avere nessun contatto con amici o parenti nemmeno una volta l’anno. È un dato da considerare con attenzione. I dati e le indagini che cercano di misurare la povertà relazionale, sempre più numerose, non dicono tutto il dramma di vivere senza poter contare su nessuno. Ma la vita relazionale non è un dato immutabile della vita delle persone: è possibile prevenire, contrastare, invertire il processo che porta ad un certo punto della propria esistenza ad essere gravemente malati di solitudine. È questa l’esperienza della Comunità di Sant’Egidio che ha realizzato in diverse città italiane ed europee sperimentazioni positive che contrastano la solitudine.*

### Quando i numeri non bastano a dire quanto pesa la solitudine: la storia di Luigi

Via del Lavatore si trova in una bellissima zona di Roma vicino alla Fontana di Trevi. Il palazzo è signorile, il piano dove abita Luigi molto meno. Non è raro nel centro storico, tra i piani nobili dei palazzi, trovare dei vani incastrati, chissà come, tra un piano e l’altro, nel sotto tetto oppure nei sottoscala. La “casa” di Luigi è una sola stanza ricavata tra un appartamento e l’altro (forse in origine era uno sgabuzzino), senza servizi, e una finestra che in verità è solo una piccola feritoia.

La porta di casa Luigi non la apriva neanche per tutto l’oro del mondo. I primi, numerosi incontri avvenivano così: parlando da una parte e dall’altra di una porta chiusa. Il caso era scoppiato per il cattivo odore che i vicini non sopportavano più, e ora ci si ritrovava così, a parlare davanti ad unuscio sbarrato, cercando nel frattempo di ricostruire qualcosa: chi è Luigi, quanti anni ha, perché si trova in una situazione di abbandono così grave, e in questa “casa” – poi – da quant’è che ci vive?

Luigi rientra a buon diritto nella categoria sociologica dei “soli al mondo”. Oggi è statisticamente molto più rilevante che in passato. Non avere nessuno. Nessun parente, nessun amico, nessuno su cui contare, con cui parlare, di cui ti puoi fidare, che ti pensa, che si interessa a te, a quello che fai, a quello che sei. Nessuno che sappia il tuo nome e conosca qualcosa di te. Occorre provare a immedesimarsi nella condizione di “soli al mondo”: provoca una vertigine, è una povertà spaventosa. Non si esiste, ma si esiste. E non si esiste per nessuno. Quando arriva una bolletta è “felicità”. Come raccontava il condannato a morte Rocco Bernabei quando parlava nelle sue lettere del piacere di trovare un verme nel cibo o nel libro. Vivo. Una cosa viva. Nel caso di Luigi la solitudine era diventata una malattia grave e inguaribile.

“Buongiorno Signor Luigi, si ricorda di me? Sono Francesco, sono venuto due giorni fa. Ha bisogno di qualcosa? Ha mangiato?”. La voce che risponde non è quella di un uomo anziano (poi scopriremo che Luigi ha solo 55 anni). Usa un tono canzonatorio, ma non ci vuole molto a capire che Luigi ha paura. Sì una grande paura: dei vicini, degli sconosciuti, dei medici e delle medicine, dell’acqua che certe volte “ha un sapore strano”, di aprire la porta, di uscire durante il giorno (infatti esce nelle primissime ore della mattinata quando in giro non c’è nessuno), di stare male, di tutto.

Quando si è “soli al mondo” la paura è come una morsa che ti stringe la gola e non ti fa respirare. Si è diffidenti di tutto e di tutti come animali braccati e poi –inspiegabilmente – ci si fida (ci si deve fidare!) del primo malintenzionato che passa: Luigi è stato derubato diverse volte, truffato, persino malmenato. Ci si pensa con una punta di dispetto quando si è lì a parlare davanti alla porta: ma perché ai delinquenti apre e a me no?

Ecco finalmente il grande giorno: la porta di Luigi si apre. È solo un piccolo spiraglio ma è un inizio. Luigi è curioso di vedere la faccia di questo Francesco che non demorde. Anche Francesco è curioso, aveva fatto un mucchio di congetture ed ora eccolo lì: piccolo di statura, un viso pallidissimo con il naso aquilino, Luigi sembra anziano, l’aspetto fisico è molto trasandato e l’odore che esce dalla porta è davvero insopportabile. Inizia una nuova fase: lunghe chiacchierate sul pianerottolo ma, almeno, la porta è aperta. Si scorge nella penombra l’interno della stanza: un disordine che respinge, oggetti buttati alla rinfusa, con avanzi di cose da mangiare un po’ ovunque.

Lentamente, molto lentamente, dalle nebbie esce qualcosa della storia di Luigi. Non è sempre stato solo, da soli non si nasce, lo si diventa. La maggior parte delle volte è così e occorrono anni per arrivare a questa completo isolamento. Devono succedersi l’una dopo l’altra vicende sfortunate, occasioni mancate, lutti improvvisi, legami interrotti bruscamente qualcuno con violenza, occorre avere sbagliato una volta o forse tante volte, oppure gli sbagli degli altri. È un piano inclinato che richiede tempo. Non si improvvisa.

E poi finché stai bene la solitudine la camuffi. Esci, badi alle tue cose, ripeti a te stesso che non hai bisogno di nessuno. Se il corpo non ti tradisce, è anche un po’ vero. Il problema di Luigi era proprio questo, il corpo lo stava tradendo: non ce la faceva più, si sentiva male, le forze gli mancavano. Una non meglio definita malattia lo stava consumando e non riusciva più a far finta di niente. Tutto stava precipitando: la mancanza dei servizi igienici, le difficoltà economiche, i pessimi rapporti con i vicini, il menage quotidiano e tutte le complicazioni della vita che prima riusciva a tenere a bada ora si sommarono alla debolezza fisica in una mescolanza micidiale.

La faccia di Luigi, mentre raccontava ogni tanto qualcosa di sé e spiava l’espressione di chi lo ascoltava, aveva un certo sguardo particolare che Francesco aveva imparato a conoscere, come a vedere come andava finire, e all’improvviso, ecco, buttata lì a bruciapelo una battutaccia, una canzonatura, per mettere alla prova l’interlocutore, per vedere se l’interesse che Francesco dimostrava fosse autentico. La bonarietà di Francesco, forse anche il fatto che non sempre capiva la sottile arguzia di Luigi, lentamente ha sbriciolato quella muraglia fatta di dura diffidenza e di fragilità, di timore.

Il giorno del ricovero in ospedale ha aperto un nuovo capitolo dell’amicizia tra Francesco e Luigi. Lo sguardo di Luigi era cambiato, non era più quello curioso e strafottente di chi voleva proprio vedere come sarebbe andata a finire. Ma uno sguardo diverso, di chi come sarebbe andata a finire lo sapeva già: Francesco non

lo avrebbe lasciato solo. E poi anche quella sensazione di morsa alla gola Luigi non ce l’aveva più tanto. Ma che, davvero, dalla solitudine si può guarire?

### La povertà relazionale: vivere soli o essere soli?

La povertà ha molte dimensioni: economica, abitativa, socio-culturale, relazionale. Quest’ultima, la povertà relazionale, ha guadagnato un interesse crescente tra gli studiosi. Sociologi, economisti, epidemiologi cercano di uscire dalle rigide dualità interpretative (mercato/stato, pubblico/privato, malattia/salute) che non riescono più a catturare la complessità della realtà e a intercettare i bisogni che i nuovi assetti sociali producono. La vita di relazione conta, e conta molto, in termini di salute, di coesione sociale, di felicità – è il nuovo indicatore scoperto da poco dagli economisti –, di qualità della vita insomma. Influisce come e forse più di altri aspetti più noti: il fumo per la salute, il reddito economico per la ricchezza e l’offerta dei servizi pubblici/privati per le politiche sociali.

Al netto delle altre dimensioni (la casa, il reddito, la salute, ecc.) il fattore di rischio *solitudine* ha pesanti ripercussioni sulla qualità della vita delle persone e andrebbe considerato attentamente quando si disegnano le politiche sociali e sanitarie e anche quando si progettano i nuovi quartieri e le abitazioni, quando si pensa agli stili di vita, quando si intendono migliorare gli indicatori di benessere della popolazione.

La solitudine non è una condizione imm modificabile come l’età, il sesso o il patrimonio genetico. È una condizione che dipende da moltissime variabili, alcune individuali – ad esempio le proprie scelte di vita – ma tantissime sono da rintracciare nell’ambiente umano, sociale, urbano, culturale nel quale si vive. Non vi è dubbio, ad esempio, che alcuni quartieri sembrano essere stati costruiti a bella posta per rendere assai faticosi i contatti sociali, si pensi alle odierne periferie delle grandi città. Come è vero che gli attuali modelli di vita e di lavoro comprimono i tempi e gli spazi della vita di relazione fino a renderli residuali o addirittura nulli. Ma come misurare la *solitudine*? Il problema dei dati a disposizione necessita di essere brevemente descritto in premessa. Lisa Berkman già nel 2000 su *The Lancet* poneva la questione: *Living alone or being alone?*<sup>1</sup> Vivere da soli o essere soli? Non è un interrogativo esistenziale ma piuttosto l’enunciazione scientifica dei termini del problema. Uno dei non molti dati a disposizione è quello della solitudine in casa e ci dice il numero, l’età e il sesso di chi vive solo tra le quattro mura domestiche. Questo dato, pure importante, non è assolutamente sufficiente a definire una condizione di povertà relazionale.

Le indagini campionarie Multiscopo dell’ISTAT e Eu-Silc tentano di andare oltre il dato della solitudine in casa e contano le tipologie di relazione, il numero di contatti sociali ed altri aspetti. Sono indagini che vanno ancora messe a punto e meglio rodiate, ma che giustamente si pongono il problema di “misurare” la quantità e la qualità delle relazioni. Sarebbe di notevole interesse provare a produrre un’osmosi tra le indagini statistiche con quelle effettuate in ambito medico. Le numerose scale di valutazione validate in ambito scientifico, che misurano la sfera relazionale, sono molto interessanti anche per il dato della percezione soggettiva. Si chiede ai soggetti interessati di dare un voto alla qualità della propria vita relazionale. Queste ricerche non ci dicono come va la salute relazionale di una determinata popolazione, ma sono loro a riferirci, con tabelle e confronti con i gruppi di controllo, il peso che la solitudine ha sulla mortalità in generale, sulle morti per il



caldo, sugli infarti, sul peso del diabete, sull'insorgenza dell'Alzheimer, sul ricorso al ricovero ospedaliero e persino sul rischio per un bambino di nascere sottopeso se la mamma ha scarsi o nulli contatti sociali<sup>2</sup>.

#### Vivere soli: dati e confronti

Nel 1994-95, nella media elaborata dall'ISTAT, il numero delle famiglie italiane composte da un solo componente erano 4.369.000 e rappresentavano il 21% del totale delle famiglie. Nel 2009-2010 il numero è cresciuto in modo considerevole: 6.898 unità, raggiungendo il 28,4% del totale. Sette punti percentuali in più di 15 anni prima.

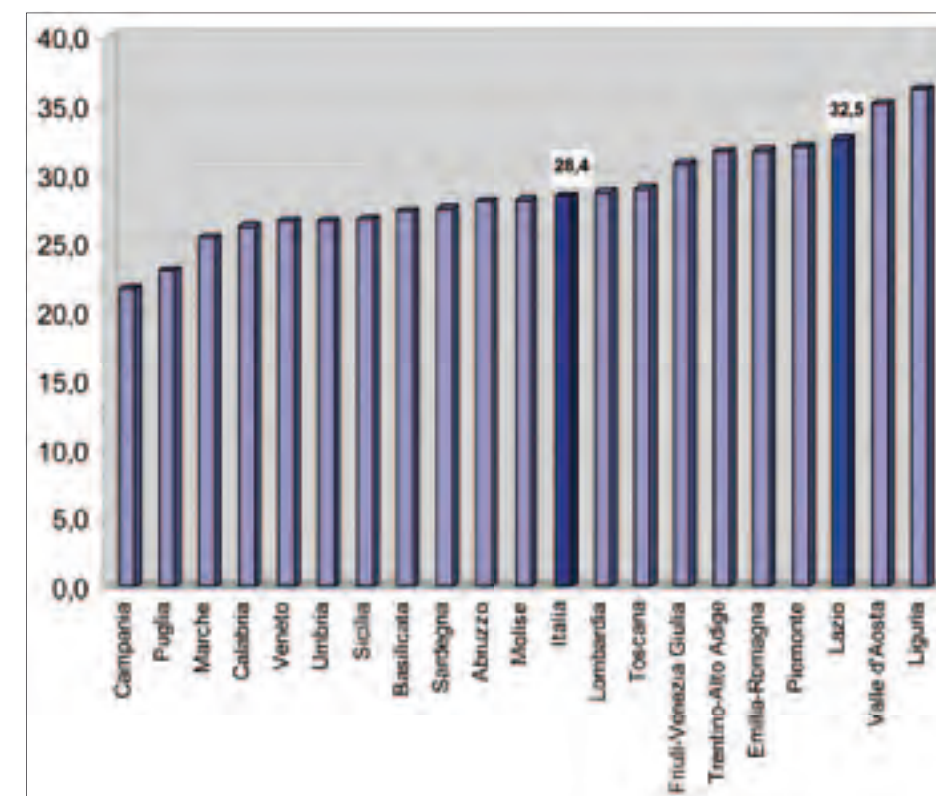
**Tabella 1 – Famiglie e persone sole per sesso in Italia – Vari anni**  
(valori in migliaia e composizione percentuale)

Anni	Numero di famiglie	Persone sole			Persone sole per 100 famiglie
		Maschi	Femmine	Totale	
Media 1994-1995	20.753	1.479	2.889	4.369	21,05
Media 1999-2000	21.532	1.777	3.181	4.957	23,02
Media 2003-2005	22.582	2.166	3.687	5.852	25,91
Media 2006-2007	23.216	2.350	3.771	6.121	26,37
Media 2009-2010	24.288	2.770	4.128	6.898	28,40

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

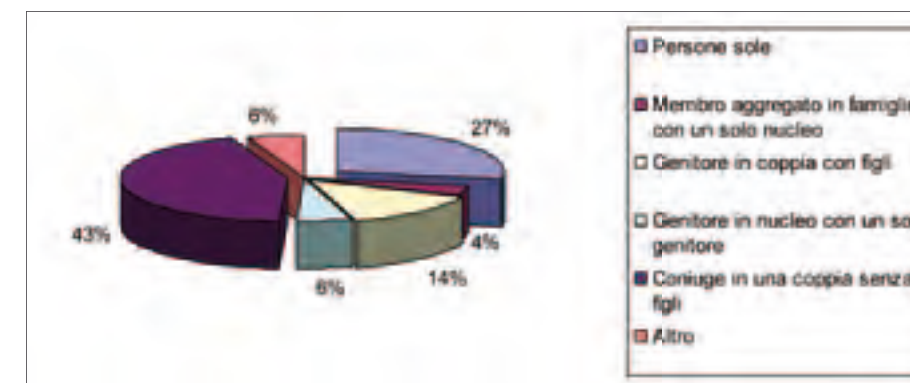
Una tendenza che la Regione Lazio esemplifica in modo straordinario. Nel 1994-1995 su 2.009.000 famiglie laziali quelle composte da un unico componente erano 529.000 e rappresentavano, già allora, il 26% del totale (5 punti in più del dato nazionale). Quindici anni dopo, nel 2009-2010 il numero è cresciuto fino ad arrivare di 769.000 unità con un valore percentuale del 32,5%. Un aumento nei 15 anni di 6 punti percentuali e una differenza con la media italiana di quattro punti percentuali.

**Grafico 1 – Persone sole per regione – Anni 2009-2010 (Composizione per 100 famiglie)**



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

**Grafico 2 – Anziani (65 anni e più) per contesto familiare – Anno 2010**



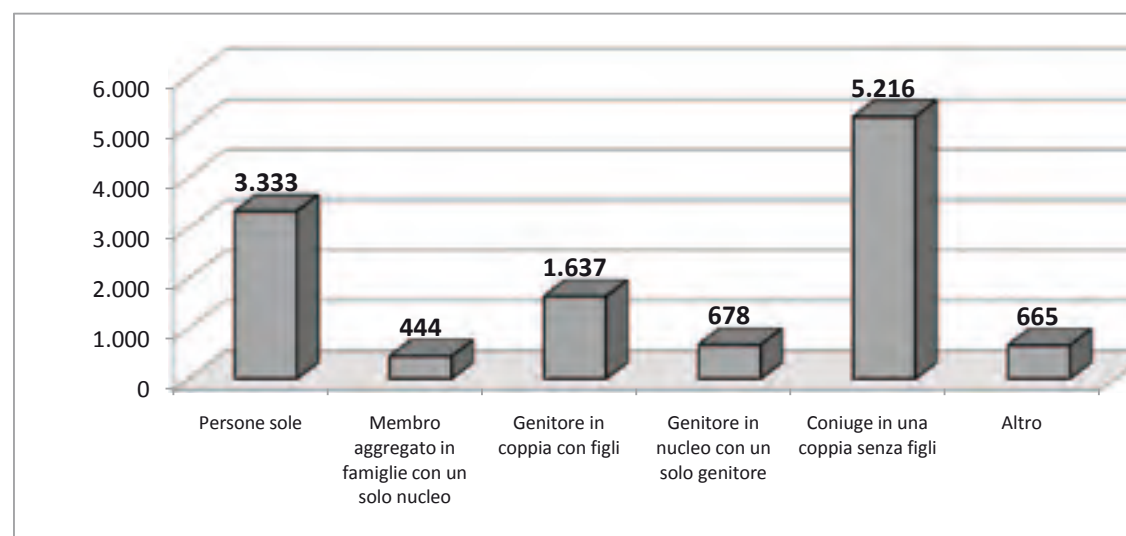
Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

Nel numero totale delle persone che vivono sole va rilevata la differenza di genere: le donne sole sono molto di più degli uomini soli. Nell'ultimo dato di rilevazione, 2009-2010, sono il 59% del totale. Ma in questo caso assai significativo è anche il valore assoluto: in Italia, il dato medio 2009-2010 registra il numero di 4.128.000 donne che vivevano sole, un numero già di per sé rilevante ma che in rapporto alla popolazione femminile di 18 anni e più è vicino al 16%: circa una donna su sei in Italia vive sola.

Un'ulteriore e significativa sottolineatura riguarda la popolazione anziana. La prima osservazione è ovvia: la gran parte delle persone che vivono sole sono anziane. Ma non è priva di conseguenze, anche se ovvia.

Il grafico seguente si riferisce al 2010 e descrive in quale tipo di famiglia vivono le persone con 65 anni e più in Italia.

**Grafico 3 – Anziani per contesto familiare – Anno 2010 (dati in migliaia)**



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

La seconda osservazione è un po' meno ovvia. Nel tempo il numero delle persone che vivono sole vede la percentuale degli anziani cedere terreno a vantaggio delle fasce di età adulte. Non si diventa soli da anziani; quella della solitudine è una carriera che inizia prima, in età giovanile e adulta.

**Tabella 2 – Famiglie, persone sole in totale e con 60 anni e più per sesso in Italia – Vari anni (valori in migliaia e composizione percentuale)**

Anno	Numero di famiglie	Persone sole			Persone sole per 100 famiglie	Persone sole di 60 anni e più			Persone sole 60 anni e più per 100 pers. sole
		Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale	
Media 1994-1995	20.753	1.479	2.889	4.369	21,05	545	2.197	2.742	62,76
Media 1999-2000	21.532	1.777	3.181	4.957	23,02	661	2.396	3.057	61,67
Media 2003-2005	22.582	2.166	3.687	5.852	25,91	749	2.653	3.402	58,13
Media 2006-2007	23.216	2.350	3.771	6.121	26,37	815	2.683	3.499	57,16
Media 2009-2010	24.288	2.770	4.128	6.898	28,40	935	2.833	3.769	54,64

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

Se confrontiamo la percentuale delle persone sole rispetto al totale delle famiglie vediamo un aumento di oltre 8 punti: dal 21% della media degli anni 1994-1995 si è passati al 28,4% degli anni 2009-2010. Di tutte le persone sole gli anziani di 60 anni e più sono la maggioranza. Ma la percentuale negli anni è diminuita sensibilmente: se negli anni 1994-1995 rappresentavano il 62,7%, 15 anni dopo la percentuale è scesa al 54,6%. È possibile fare delle proiezioni per i prossimi anni? L'OCSE, con le difficoltà che è possibile immaginare, ha messo insieme le proiezioni che singoli paesi hanno prodotto o commissionato per capire come saranno le strutture familiari da qui ai prossimi 25-30 anni<sup>3</sup>.

**Tabella 3 – Incremento percentuale nel numero di famiglie composte da un solo componente in alcuni paesi OCSE**

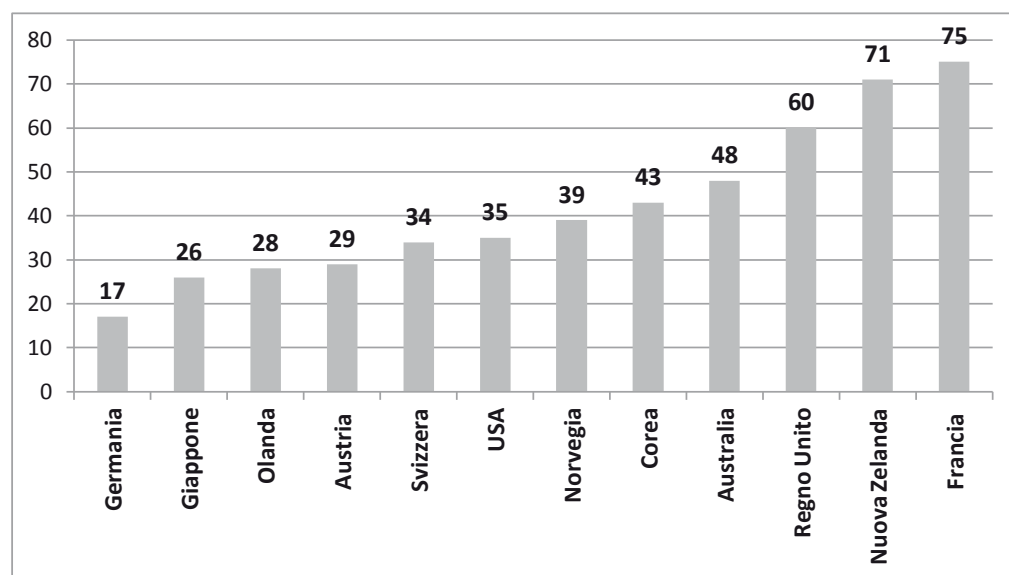
Paese	Incremento percentuale delle famiglie composte da un solo componente	Periodo preso in esame dalla proiezione
Australia	48	2006-2026
Austria	29	2007-2030
Corea	43	2007-2030
Francia	75	2005-2030
Germania	17	2007-2025
Giappone	26	2005-2030
Norvegia	39	2002-2030
Nuova Zelanda	71	2006-2031
Olanda	28	2009-2030
Regno Unito	60	2006-2031
Svizzera	34	2005-2030
USA	35	2000-2025

Fonte: OCSE

Sono studi e ricerche che riguardano circa un terzo dei paesi OCSE e sono molto differenti tra loro, con metodi e risultati difficili da omologare, ma convergono, senza eccezione, nelle linee di tendenza simili in molti paesi a sviluppo avanzato. Non ci sono dati specifici per l'Italia. Tuttavia il quadro che ne emerge è interessante e lascia immaginare anche per il nostro paese un quadro di tendenza non dissimile.

In stretta relazione con l'aumento della popolazione anziana il numero delle famiglie mono-componente è previsto in tutti i paesi che hanno effettuato le proiezioni. Corea (43%), Australia (Scenario II, 48%), Inghilterra (60%), Nuova Zelanda (71%). Sorprende la previsione francese (75%).

**Grafico 4 – Incremento percentuale nel numero di famiglie composte da un solo componente in alcuni paesi OCSE (periodo preso in esame dalle proiezioni dal 2000/2009 al 2025/2031)**



Fonte: OCSE

Come è noto le proiezioni non forniscono mai dei numeri certi. Inseriscono i dati oggi a disposizione dentro calcoli e algoritmi matematici complessi per abbozzare uno scenario futuro a partire dalle linee di tendenza e dagli elementi che sono quelli di oggi. Ad esempio in passato anche le proiezioni circa la domanda apparentemente semplice di quanti saremo in futuro sul pianeta hanno subito delle sonore smentite, perché intervengono tanti fattori: stili di vita, valori, tasso di sviluppo, altri, che non possono essere tenuti in debito conto. Eppure questi dati qualcosa ci dicono: è oggi che dobbiamo fare qualcosa, e farla presto, per invertire una tendenza che non renderà facile la vita delle persone.

### Essere soli: le indagini campionarie

I dati EU-Silc provano a descrivere con dati comparabili la situazione dei diversi paesi europei<sup>4</sup>. Sono state introdotte domande relative alla sfera relazionale e della partecipazione sociale. Emergono dati interessanti e, con le dovute cautele da utilizzare in un sistema di campionamento e raccolta dati ancora da mettere a punto, è possibile indagare sul peso dell'isolamento sociale nei vari paesi europei.

Nel 2006, il 7,2% degli europei viveva in una condizione di isolamento sociale: il dato rappresenta la quota di coloro che dichiarano di non avere nessun contatto con amici o parenti nemmeno una volta l'anno<sup>5</sup>. È un dato che giustamente i ricercatori dell'Eurostat considerano un indicatore importante dell'esclusione sociale. La tabella che segue riporta la percentuale delle risposte nei vari paesi europei.

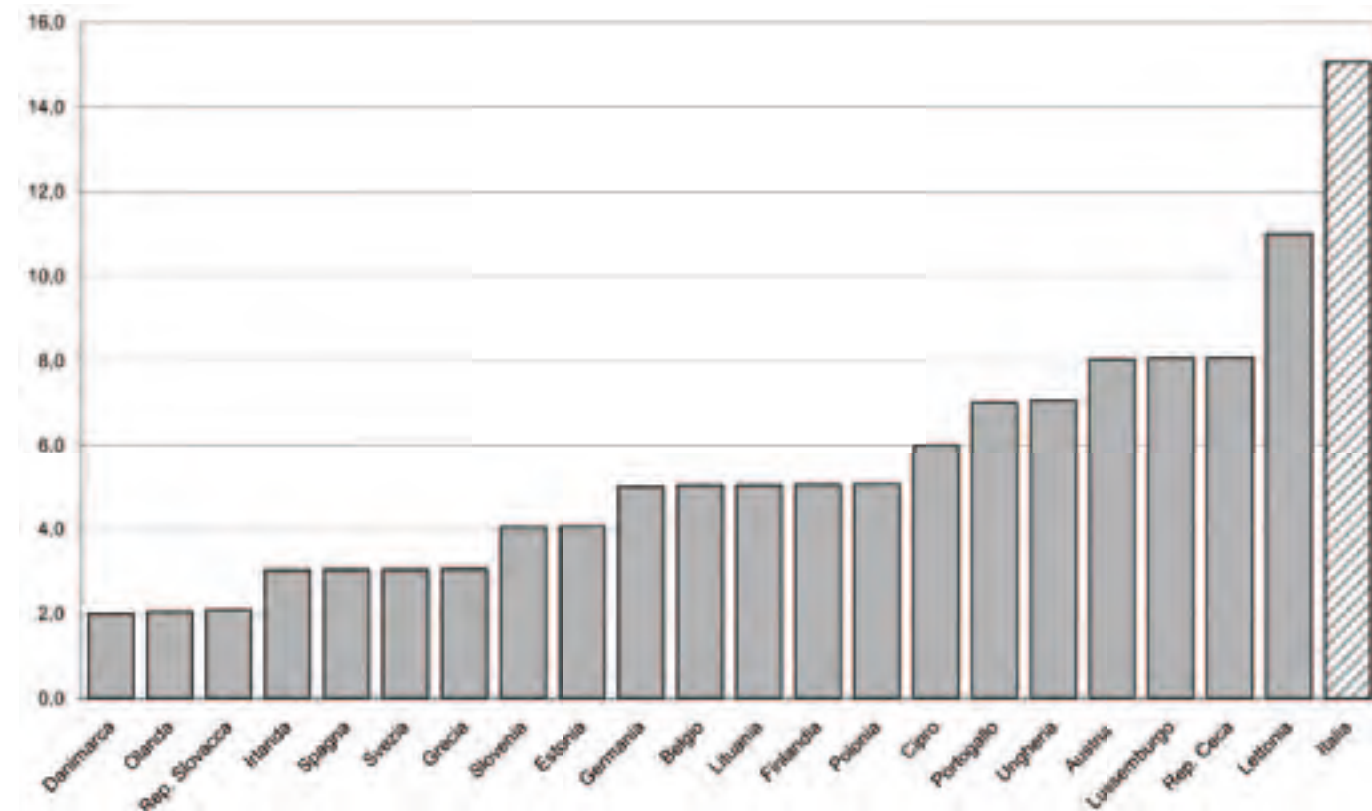
**Tabella 4 – L'isolamento sociale nei paesi EU, percentuale di popolazione – Anno 2006**

Paese	Nessuno aiuto da parenti, amici e conoscenti (1)	Incontri con parenti: mai (2)	Contatti con parenti: mai (3)	Contatti /incontri con parenti: mai (2 e 3)	Incontri con amici: mai (4)	Contatti con amici: mai (5)	Incontri/contatti con amici: mai (4 e 5)	Incontri/contatti con parenti o amici (2, 3, 4 e 5)
Belgio	5,04	3,04	5,07	2,03	5,02	9,00	4,08	0,03
Rep. Ceca	8,08	2,07	4,00	2,01	6,01	7,09	5,04	1,00
Danimarca	2,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Germania	5,00	2,09	2,02	1,04	3,01	3,00	2,02	0,02
Estonia	4,06	3,02	7,04	2,04	5,02	9,07	4,07	0,05
Irlanda	3,03	2,03	4,04	1,00	3,02	5,03	2,01	0,03
Grecia	3,05	0,09	1,02	0,04	2,03	3,02	1,08	0,02
Spagna	3,04	2,05	5,07	1,00	7,07	13,09	6,02	0,04
Francia	n.d.	2,01	4,09	1,01	5,09	11,02	5,01	0,02
<b>Italia</b>	<b>15,06</b>	<b>4,00</b>	<b>4,08</b>	<b>2,08</b>	<b>8,05</b>	<b>11,02</b>	<b>7,06</b>	<b>1,08</b>
Cipro	6,00	1,05	1,09	0,03	2,07	5,03	2,04	0,01
Lettonia	11,01	5,02	10,06	4,02	16,08	21,05	16,05	1,06
Lituania	5,04	2,00	8,09	1,06	6,06	15,04	6,03	0,06
Lussemburgo	8,07	3,03	6,02	2,00	4,08	10,00	4,03	0,05
Ungheria	7,07	2,01	2,03	1,08	11,07	12,00	11,04	0,08
Olanda	2,04	2,03	4,00	1,01	5,04	8,06	4,02	0,02
Austria	8,03	4,07	5,05	2,09	4,06	6,01	3,08	0,07
Polonia	5,07	1,06	5,06	1,02	4,09	10,01	4,01	0,05
Portogallo	7,01	1,06	5,09	1,00	4,01	13,06	3,05	0,04
Slovenia	4,05	1,08	6,00	1,03	3,06	8,04	3,00	0,03
Rep. Slovacca	2,09	0,06	3,06	0,05	2,04	6,00	2,01	0,02
Finlandia	5,05	0,09	1,09	0,05	3,04	2,09	0,07	0,00
Svezia	3,04	1,09	1,05	0,07	2,00	1,09	1,01	0,01
Regno Unito	n.d.	2,07	4,09	1,03	3,04	7,05	2,01	0,02

Fonte: Eurostat Statistics Explained, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Social\\_participation\\_statistics#Social\\_isolation](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_participation_statistics#Social_isolation)

Il grafico che segue mostra le percentuali di risposta positiva alla domanda circa i possibili aiuti da parenti, amici e conoscenti. Non poter contare su nessun aiuto è l'espressione più evidente e grave della deprivazione relazionale. Il dato italiano spicca tra gli altri paesi europei e, pur tenendo conto delle possibili difficoltà di lettura del dato anche perché forse causato dall'introduzione di nuove metodologie di campionamento e di raccolta dati, sicuramente l'indicazione che viene da percentuali così importanti è quella di non trascurare questa dimensione della povertà.

**Grafico 5 – Persone che non possono contare sull'aiuto di nessuno (parenti, amici, conoscenti) in alcuni Paesi europei – Anno 2006 (per 100 residenti)**



Fonte: Eurostat Statistics Explained, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Social\\_participation\\_statistics#Social\\_isolation](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_participation_statistics#Social_isolation)

### Combattere la solitudine si può: due esempi di buone pratiche

La vita relazionale non è un dato imm modificabile. È possibile prevenire, contrastare o invertire il processo che ha portato Luigi e tante altre persone come lui a trovarsi ad un certo punto della propria esistenza ad essere gravemente malati di solitudine.

Si dà qui conto di due esperienze che la comunità di Sant'Egidio ha avviato a Roma da diversi anni per smontare l'equazione età anziana uguale solitudine. La prima riguarda le ormai diverse convivenze di persone anziane che decidono di andare a vivere insieme invece che cercare soluzioni individuali che portano in istituto, e la seconda è un modello di intervento innovativo che ha l'ambizione di contrastare l'isolamento sociale<sup>6</sup>. Ambedue significativamente hanno lo stesso titolo: *Viva gli Anziani!* Un nome che sintetizza la filosofia di fondo della Comunità di Sant'Egidio che ha che vedere con un'idea dell'età anziana positiva e culturalmente avvertita circa l'imponenza della sfida che le nostre società si trovano ad affrontare: dare un senso ai 20/30 anni in più che lo sviluppo umano ci ha regalato. *Viva gli Anziani!* significa non tanto dare qualche risposta assistenziale più o meno riuscita ad un gruppo generazionale sempre più popoloso, ma significa comprendere il posto che gli anziani hanno nei nostri tessuti sociali e valorizzarlo: *Viva gli Anziani!* significa che la vita degli anziani conta e ha un grande valore, che meno male che gli anziani ci sono. *Viva gli Anziani!* significa anche un augurio di lunga vita.

### Le convivenze tra anziani: una cosa da ragazzi!

Una via di Roma come tante, una palazzina normale, un pianerottolo su cui si affacciano diverse porte. Uno zerbino grazioso ma non particolare. Cosa c'è di tanto strano in questa casa al piano terra di una zona non lontano dalla Città Giardino? Anche oltre la porta di ingresso, la sala (grande), la cucina e le stanze sono quelle di una casa come ce ne sono a migliaia. Certo il giardino non è da tutti avercelo ma dire che è per questo che si tratta di una casa speciale sarebbe esagerato.

Gli abitanti della casa sono quattro, non giovani, anzi anziani: Carlo, Antonio, Assunta e Anna. Giovanna, più giovane, li aiuta con altre persone della Comunità di Sant'Egidio per la gestione della casa, la spesa, le bollette. Le storie sono tutte diverse, e non è il caso ad averli fatti incontrare. Il problema che li ha accomunati è stato soprattutto uno: la casa perduta. Antonio l'ha persa tanti anni fa e ha vagato arrangiandosi un po', per un periodo ha vissuto in una roulotte. Assunta era finita in istituto ma proprio non ci si ritrovava e ha fatto di tutto per uscire. Anna la casa l'aveva, ma è stata sfrattata perché l'affitto era diventato troppo alto e con la sua pensione non arrivava a pagarlo. Carlo la casa ce l'ha ancora ed è quella che ora condivide con Antonio, Anna e Assunta. Cosa ha spinto Carlo a rinunciare alla sua solitudine? Prima di tutto Carlo non sopportava di stare da solo e da quando la moglie non c'era più quella casa silenziosa gli pesava. Come seconda cosa non riusciva più a far quadrare i conti: per il condominio, le bollette, la spesa e tutto il resto la sua pensione sociale non bastava. E infine Carlo non solo non vuole, ma da solo proprio non ci può stare. Ha bisogno di aiuto perché è in carrozzina. Quando qualcuno dei conoscenti ha iniziato a parlare di istituto ha chiesto aiuto: "Ma non può venire qualcuno da me, invece?".

Per capire di cosa si tratta quando si dice convivenza e di quanta vita torna a rifluire è consigliabile suonare il campanello il giorno di domenica. Appena la porta si apre si ha la stessa sensazione di quando si stappa una bottiglia di spumante. Un silenzio e poi un rumore improvviso seguito da tutto un brulichio frizzante di persone che come il vino con le bollicine si versa ora da una parte ora dall'altra della casa: spostamenti di sedie, profumo di mangiare buono e pietanze che passano di mano in mano, gente che parla, si saluta. Sembra Pasqua. In un angolo della cucina si è aperto un dibattito su come entrarci tutti a tavola, ci si entra, non ci si entra, si taglia corto: “ci si stringe”. Sembrano tutti parenti. Ed è vero che lo sono, non per l'anagrafe, ma per la consuetudine di stare insieme. Anche se qualche legame di parentela c'è veramente come Paolo e Valeria che sono venuti con la loro bambina, Giulia, che saltella felice da una parte all'altra come se stesse al Luna Park. Ci sono poi Luciana e Sergio che sono due amici anziani del quartiere che vengono spesso per stare in compagnia e hanno portato il dolce. Infine Mario e Giovanna hanno portato con loro Vittorio, un altro loro amico che vive in istituto. Oltre alla figlia di Paolo e Valeria ci sono altri due bambini, Matteo e Francesca, che sono i figli di Mario e Giovanna. È deciso: si farà un tavolo bambini, così si risolvono due problemi: il posto a tavola che manca e il numero che, si sa, 13 è “meglio di no”.

Tutto facile? Assolutamente no. Non è per niente facile andare a vivere insieme a 80, 76, 68, 79 anni. Ci sono un sacco di problemi da affrontare, di angoli da smussare, di misure da prendere. Il segreto è anche fare le cose con gradualità. Fare delle prove, vedere come va, non forzare e rispettare i tempi per la decisione di ciascuno. È opportuno conoscersi prima, magari in una vacanza estiva. I problemi ci sono come in ogni famiglia, ma la necessità in questo caso fa virtù e la possibilità di poter avere una casa, una famiglia e una vita quando ti sembrava tutto finito fa ringiovanire e fa miracoli. E poi, vivere insieme i problemi li risolve pure: ad esempio le poche risorse economiche unite insieme non solo fanno arrivare benino alla quarta settimana, ma anche permettono di pagare un aiuto domestico, e questo è molto utile. E poi c'è qualcosa di più. Antonio, Carlo, Assunta, Anna fanno di essere un po' dei pionieri di uno stile di vita nuovo, che presto sarà imitato da tanti altri. Si vede da come raccontano a conoscenti e familiari la loro nuova vita, si vede da quanti consigli ormai dispensano su come fare e non fare per andare a vivere insieme a 80 anni. Questo dà identità, inizia una nuova fase della vita, crea futuro. Difficile? Una cosa da ragazzi!

### **A casa è meglio: le nuove soluzioni dell'abitare proposte dalla Comunità di Sant'Egidio**

Fin dagli anni '70 la Comunità di Sant'Egidio, nell'ambito del suo impegno rivolto alle persone anziane, ha individuato una priorità nella salvaguardia del diritto di chi è avanti negli anni a rimanere a casa propria, un'alternativa a più alto tasso di qualità di vita rispetto alle soluzioni residenziali tradizionali, che allontanano dal proprio mondo. In questa prospettiva sono nate esperienze di *cohousing* pensate per rispondere ai diversi problemi abitativi degli anziani che si trovano nell'impossibilità di continuare a vivere a casa propria: ridotto grado di autonomia, indisponibilità o perdita di un alloggio, conflitti familiari, povertà economica, ecc. Tali esperienze, nel tempo, hanno dato vita ad un vero e proprio modello articolato e diversificato per rispondere in modo flessibile e appropriato ai bisogni abitativi della popolazione anziana: comunità alloggio, case-famiglia, case protette, *cohousing* formale ed informale.

Tale modello è stato sperimentato in ambiti differenti, italiani ed europei, e rappresenta un'efficace risposta alla domanda abitativa di tanti anziani, a cui si unisce un'offerta più globale di protezione sociale. 108 sono gli anziani coinvolti in questa rete di soluzioni sperimentate a Roma. Questi percorsi, pur non essendo unici nel panorama europeo, ed arrivando a realizzazioni che presentano molte analogie con le *nursing homes* o il *cohousing* svedese, hanno una loro particolarità nel *know-how* della Comunità di Sant'Egidio, maturato in anni di vicinanza agli anziani. Si tratta in questo senso di una proposta “povera”, perché realizzata con mezzi “poveri”, proprio per questo alla portata di tutti. Alle prime forme di convivenza informale fra anziani, che accettavano una nuova situazione abitativa, mettendo in comune alloggio e risorse economiche, si sono affiancate realizzazioni più mature come le case famiglia (fino a 6 persone) e le comunità alloggio (fino a un massimo di 12 persone) pensate per persone con una ridotta autonomia funzionale, che si trovano nell'impossibilità di rimanere a casa loro, per mancanza di alloggio o di risorse economiche sufficienti, di relazioni interpersonali significative. Queste case assicurano innanzitutto una vita relazionale soddisfacente, fatta di scambi con le altre generazioni, in una famiglia ricomposta. Restituisce un senso alla vita ed assicura nel contempo un'alta qualità delle cure offerte. Particolarmente felice è la combinazione di queste piccole strutture con i condomini protetti: mini-appartamenti (40 – 60 mq ciascuno) per una o due persone, dedicati ad anziani autosufficienti, ma con una fragilità dal punto di vista abitativo (senza casa, sfrattati, persone sole)<sup>7</sup>.

### **Soli No! Il Programma *Viva gli anziani!***

Estate 2003. Un'ondata di calore anomalo, una mortalità impressionante, soprattutto tra gli anziani oltre i 75 anni. Decine di migliaia di persone in Europa sono morte in poche settimane. Cosa non ha funzionato?

Inverno 2012. Un'ondata di freddo eccezionale ha investito l'Italia. È durata diversi giorni con nevicate abbondanti e la situazione degli anziani è stata tragica. Cosa non ha funzionato?

Nei casi di emergenza straordinaria l'attenzione generale dei media è, giustamente, al massimo. Ma la verità è che l'offerta dei servizi sociali e sanitari facilmente entra in affanno. Ogni estate e ogni inverno è possibile misurare questo scarto tra le dimensioni dell'evento climatico (prevedibili), le (non poche) risorse messe in campo e i benefici modesti che riescono a produrre per le fasce di popolazioni vulnerabili o fragili. I pronto soccorso degli ospedali puntualmente in affanno ad agosto e a gennaio sono una prova di questa impreparazione cronica dei sistemi di protezione della salute. Si accusano gli anziani di “intasare il pronto soccorso”, ma ovviamente la disfunzione ha altre cause e potrebbe trovare soluzioni più adeguate.

Il Programma *Viva gli Anziani!* nasce nel 2004 con un obiettivo semplice e ambizioso: non lasciare gli anziani da soli a fronteggiare gli eventi critici: il caldo il freddo, una caduta, la perdita del coniuge, ecc. Attraverso interventi diretti ma anche attivando le reti di prossimità esistenti in un quartiere. I vicini, i portieri, i negozianti, le assistenti a pagamento sono una risorsa preziosa in un quartiere, e collegare insieme e attivare queste reti può produrre risultati sorprendenti in termini di qualità di vita, di riduzione dell'ansia, di sicurezza. E per evitare ricoveri inappropriati, per non finire in istituto e per tornare a casa dall'ospedale appena possibile con una dimissione protetta senza i tempi di attesa delle liste per l'assistenza domiciliare. Insomma, con strategie

di intervento finalizzate a contrastare la solitudine degli anziani si possono ottenere ottimi risultati in termini di salute, con risorse molto contenute (meno di mezzo euro al giorno per anziano).

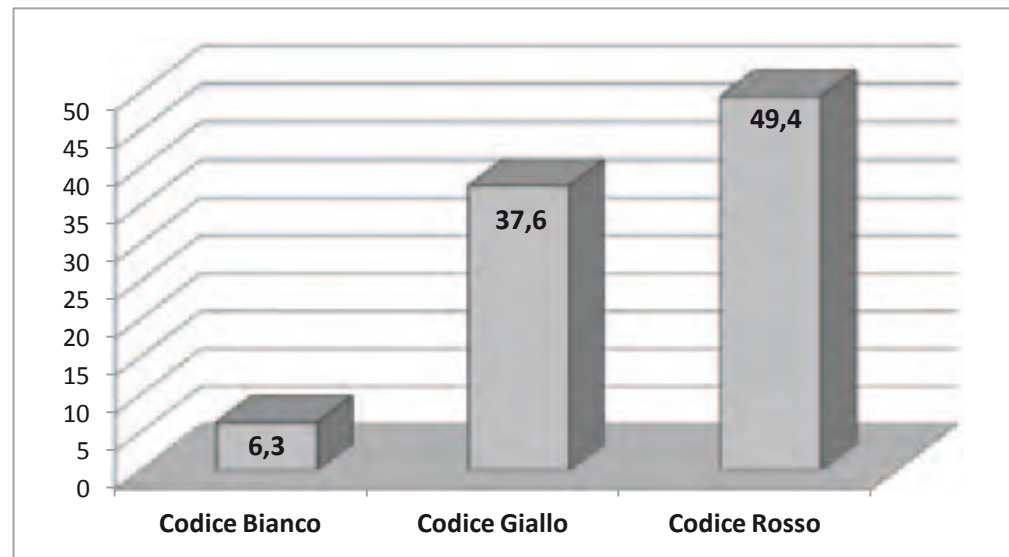
### L'affollamento dei Pronto Soccorso non dipende dalle persone anziane...

Solo il 20,7% degli accessi ai Pronto Soccorso di Roma riguarda cittadini >65 anni (20,2 è la percentuale degli anziani > 65 anni sul resto della popolazione)

Le persone anziane si rivolgono ai Pronto Soccorso quando ne hanno davvero bisogno

Secondo il triage di ingresso, solo il 6,3% sul totale dei codici bianchi (i casi meno urgenti), interessano persone anziane. La quota di anziani aumenta invece con l'aumentare della gravità delle condizioni di salute: i codici gialli (grave urgenza) e rossi ( immediato pericolo di vita) interessano le persone anziane, rispettivamente, per il 37,6% e il 49,4% dei casi.

### Triage di ingresso ai Pronto Soccorso di Roma della popolazione ultra 65enne in percentuale



Fonte: Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

### Viva gli Anziani! La proposta di un modello di intervento innovativo

La Comunità di Sant'Egidio, in collaborazione con il Ministero della Salute e la Regione Lazio, ha realizzato e consolidato un modello di intervento innovativo per il monitoraggio attivo, volto alla prevenzione dei rischi per la salute derivanti dagli eventi climatici avversi per la popolazione anziana over 75. Tale modello è attivo ormai dal 2004 ed è operativo a Roma nei rioni di Testaccio, Trastevere ed Esquilino (3.608 anziani coinvolti) e a Napoli nel Rione Sanità (800 anziani coinvolti).

Alcuni risultati:

1. Diffusione capillare e accurata, soprattutto nei soggetti anziani isolati (*hard to reach*), di istruzioni circa i comportamenti da tenere (stili di vita) per fronteggiare gli eventi climatici avversi mediante periodiche campagne di educazione sanitaria (*"Sole sì, soli no"* e *"Insieme fa meno freddo"*) che vedono coinvolti la popolazione anziana, gli attori delle reti di prossimità, gli operatori sociali, mediante strategie comunicative diversificate e convergenti (lettere, telefonate, contatti a domicilio, incontri, eventi locali, diffusione di materiale informativo).
2. Il materiale informativo prodotto dalla sperimentazione per evitare i rischi derivanti dal clima (consigli per il caldo e per il freddo) è stato oggetto di campagne diffuse attraverso mezzi stampa e tv nazionali ed è stato adottato da moltissimi Comuni italiani e siti internet ufficiali.
3. Di particolare rilievo sono state le iniziative di educazione sanitaria che il *"Viva gli Anziani!"* ha messo in atto per la vaccinazione antinfluenzale attraverso contatti diretti e capillari raggiungendo tutti i singoli anziani coinvolti nel monitoraggio attivo.
4. Promozione, nei diversi contesti territoriali, di reti di prossimità (vicini, negozianti, portieri, assistenti familiari) formate ed informate circa i rischi per la salute dovuti al caldo e al freddo con contatti regolari nell'approssimarsi dei periodi climatici critici. Tale intervento ha costruito nel tempo stabili reti di comunità informate e consapevoli "attente" alla popolazione anziana con un sensibile miglioramento della qualità relazionale della vita degli anziani. Lo sviluppo e la promozione delle reti di comunità è uno degli aspetti innovativi del modello ed è in sintonia con la letteratura scientifica internazionale che vede nelle reti sociali un'importante determinante sociale di salute.
5. Riduzione della mortalità evitabile dovuta agli eventi climatici avversi estivi ed invernali.
6. Riduzione dei ricoveri ospedalieri nella popolazione over 75.
7. Miglioramento dell'utilizzo dei presidi sanitari territoriali e riduzione dei ricoveri in RSA (ASL, Medici di Medicina Generale, Servizi ASL, CAD, Ambulatori Specialistici).

La comunicazione scientifica dei risultati e del funzionamento del modello ha avuto un notevole impatto a livello nazionale ed europeo.

Per la sua attività il 21 giugno 2010 il Programma *Viva gli Anziani!*, nella sede dell'Accademia di Danimarca, ha ricevuto il premio **August and Marie Krogh Medal**, prestigioso riconoscimento per le eccellenze nel miglioramento della qualità della vita<sup>8</sup>.

## VIVERE DA ANZIANI NEL LAZIO

<sup>1</sup> Lisa F. Berkman, *Which influences cognitive function: living alone or being alone?* In *The Lancet*, vol. 355, 15 aprile 2000.

<sup>2</sup> Su questi studi, oltre alla ampia bibliografia scientifica, vedi Cacioppo John T., Patrick William, *Solitudine. L'essere umano e il bisogno dell'altro*, Il Saggiatore Milano 2009.

<sup>3</sup> OECD, *The Future of Families to 2030, A synthesis Report, 2011*.

<sup>4</sup> Eurostat Statistical books, Anthony B. Atkinson and Eric Marlier (Edited by), *Income and living conditions in Europe* Luxembourg 2010.

<sup>5</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Social\\_participation\\_statistics#Social\\_isolation](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_participation_statistics#Social_isolation).

<sup>6</sup> Per le due esperienze si rimanda a pubblicazioni e siti che ne trattano diffusamente e che sono elencati alla fine del Rapporto.

<sup>7</sup> Ripreso da: Inzerilli M.C. Madaro O. *La casa come alternativa al ricovero: le proposte della Comunità di Sant'Egidio in Cohousing e soluzioni innovative per la terza età*, in *AeA Informa* n. 2 – 2011.

<sup>8</sup> <http://www.santegidio.org/index.php?pageID=3&cidLng=1062&cid=3502>.

*La popolazione residente nel Lazio all'inizio del 2011 ammonta a più di 5 milioni e 700 mila abitanti, di cui il 19,8% è costituito da persone con 65 anni e più. Tuttavia, la struttura della popolazione si presenta differenziata sul territorio, con realtà di Comuni più o meno invecchiati. Il capitolo presenta le caratteristiche socio-demografiche della popolazione anziana nella regione, con una particolare attenzione alle condizioni di salute e al contesto di vita familiare. Infatti, sono queste le caratteristiche principali che influiscono sulla permanenza al proprio domicilio della popolazione anziana, contro il ricorso a trasferimenti in strutture residenziali di tipo assistenziale e/o sanitario. Tali trasferimenti sono costituiti da un carattere di definitività nel tempo. Dal punto di vista delle strutture di accoglienza, queste presentano una dimensione prevalentemente di tipo comunitario e spesso sono collocate in Comuni lontani dalla zona di origine degli anziani ospitati. La perdita di contatto con il territorio di origine allenta i legami amicali e familiari, rende più difficile l'aiuto nelle cure personali e il mantenimento di una socialità attiva, rendendo più veloce il decadimento psico-fisico della persona ricoverata e più improbabile il rientro nella propria abitazione.*

### Pochi assistenti, poche cure, disabilità che cresce: la storia di Clara

Per chi vive con il minimo per tirare avanti, la malattia può diventare il fattore determinante nell'allontanamento definitivo dal proprio domicilio. E a una malattia iniziale, spesso si sommano ulteriori problemi generati dalla erogazione delle cure al livello minimo indispensabile. Clara ha 82 anni e vive sola. Se la cava bene, la casa la gestisce da sola, pulisce, fa la spesa, stira, tutto senza bisogno di nessun aiuto. I suoi parenti vivono tutti ad Ascoli Piceno di cui lei è originaria. Il suo unico figlio ha non pochi problemi economici, dovendo mantenere se stesso, la famiglia dalla quale si è separato, pagare il mutuo della casa. Per fare questo lavora tanto, tutto il giorno, tra un lavoro alle dipendenze e un lavoro in proprio che non gli lascia il tempo di fare altro. Clara improvvisamente ha un ictus. Perde l'uso di un braccio e di una gamba. Il ricovero è immediato, ma la malattia non le lascia scampo, il recupero della gamba è quasi impossibile. Dall'ospedale nel quale viene ricoverata viene fatta la domanda per la riabilitazione. Accettata da una grande struttura situata fuori Roma, la città in cui lei vive, viene però collocata nel reparto di lungodegenza dove la fisioterapia è ridotta e l'assistenza scarsa, forse perché si valutano le scarse possibilità di recupero, e quindi invece di un programma di recupero più intenso ci si rassegna alla sua non autosufficienza, tanto finito il periodo di riabilitazione potrà essere trasferita al piano di sopra, in RSA. Viene alzata dal letto una sola volta al giorno: per troppo poco tempo a volte, per troppo tempo altre. Per evitare di doverla portare in bagno, nonostante lei non sia incontinente, le viene messo catetere e pannolone. Nessuno può lavarle la dentiera dopo i pasti, che rimane nel cassetto per tutto il tempo del ricovero, provocandole un abbassamento delle gengive e quindi l'impossibilità di usarla in seguito.

Le cure igieniche sono scarse: la doccia le viene fatta una sola volta nell'arco di due mesi, appena arrivata. I capelli altrettanto, le vengono lavati solo perché di tanto in tanto passa un parrucchiere privato al quale lei chiede di tagliarli. La fisioterapia viene fatta al massimo una volta al giorno, per 45 minuti-1 ora al massimo. All'approssimarsi della scadenza del tempo concesso per la riabilitazione Clara ha recuperato appena l'uso della mano colpita, sta diventando incontinente, non riesce più ad usare la dentiera, quindi può mangiare solo cibi frullati o molto morbidi. I medici della stessa struttura propongono al figlio di fare la domanda per la valutazione geriatrica al fine di una possibile collocazione definitiva in RSA. La vita di Clara sembra finita, destinata a concludersi senza rimettere mai più piede a casa sua, dalla quale è uscita improvvisamente, in ambulanza, senza nemmeno il tempo di un ultimo sguardo.

Abusi? Violenze? Maltrattamenti? Niente di quelle cose terribili che si leggono a volte sui giornali o si vedono in televisione. Declino da una cronica mancanza di personale. Nonostante i rimborsi della regione erogati alle strutture private convenzionate siano di tutto rispetto, una mancanza di cure "non fondamentali" ma essenziali per consentire a chi sta male di recuperare e non di peggiorare le proprie condizioni quando si cerca un periodo di "riabilitazione". Una mancanza di un servizio sociale che aiuti i parenti a cercare soluzioni alternative. L'unica indicazione della clinica è come fare domanda per l'RSA, quindi per trattenere il paziente a tempo indeterminato. Senza soldi per potersi pagare un'assistenza privata, senza una famiglia con possibilità di assisterla, l'istituzionalizzazione sembra un destino segnato.

Clara però non è sola. Tra i conoscenti del figlio qualcuno lo indirizza in una delle case della Comunità di Sant'Egidio. Condividendo le spese insieme ad altri può permettersi di pagare un'assistenza e di vivere in un'abitazione una vita in una nuova famiglia. La vera riabilitazione avviene lì: recupera le normali funzioni fisiologiche, l'uso della mano e del braccio, e rifà una nuova dentiera. A Pasqua non più minestrina, ma abbacchio con le patate.

Potrebbe accadere anche per gli altri anziani, con intelligenza e attenzione (e un uso meno gretto delle risorse).

### La popolazione anziana nel Lazio

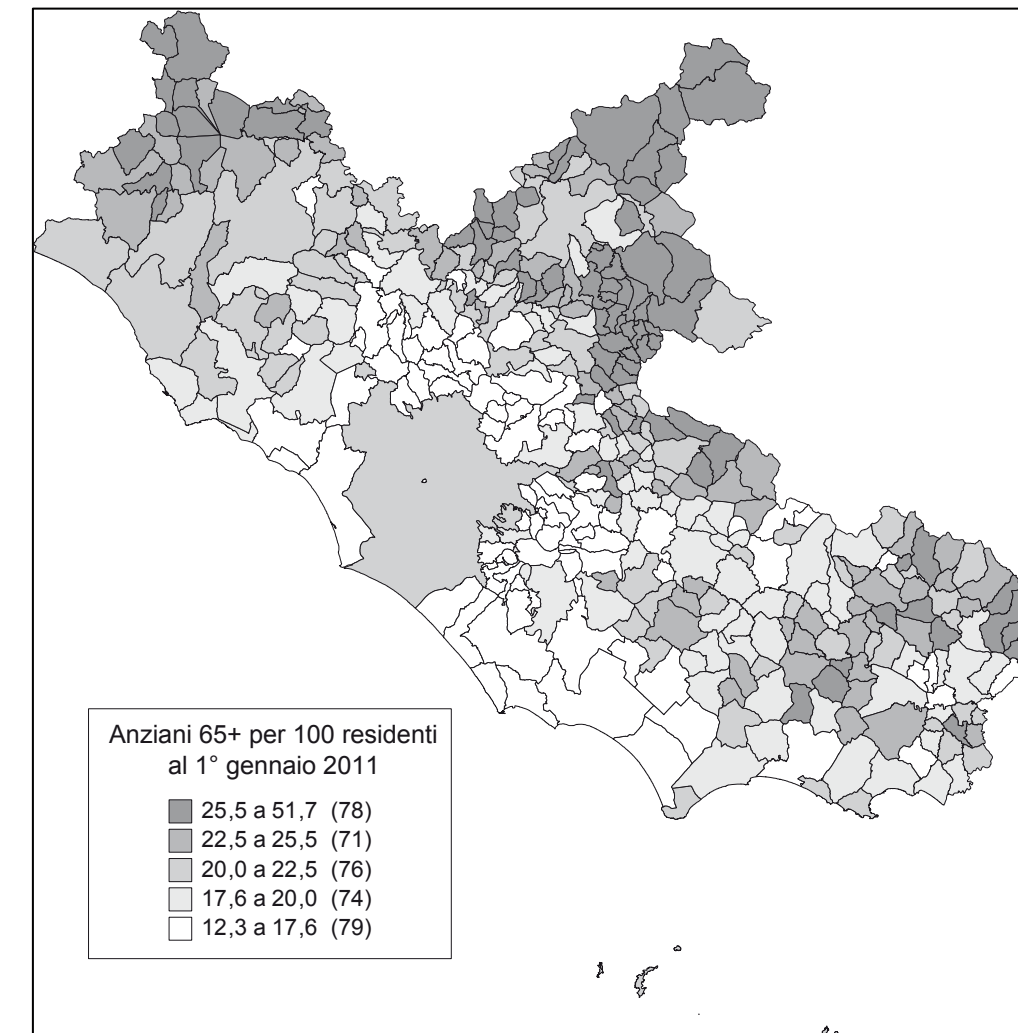
La popolazione residente nel Lazio all'inizio del 2011 ammonta a più di 5 milioni e 700 mila abitanti, concentrati prevalentemente nel comune e nella provincia di Roma: circa un abitante su due vive a Roma, uno su quattro vive nei comuni della sua provincia.

La popolazione della regione si distribuisce in 378 comuni, la maggior parte dei quali scarsamente popolati. Escludendo Roma, solo Latina supera i 100mila abitanti. Altri nove comuni superano i 50mila abitanti e più di 300 comuni non raggiungono i dieci mila residenti.

La struttura della popolazione è differenziata nel territorio, frutto di dinamiche naturali e migratorie differenziate. Sono i comuni di medie dimensioni, ed in particolare quelli della fascia urbana del Comune di Roma, che nell'ultimo decennio hanno conosciuto un incremento di popolazione, mentre la capitale è rimasta stabile, compensando il decremento di popolazione italiana con l'aumento della componente straniera. Così come a livello nazionale, tutti i piccoli comuni, spesso di dimensioni demografiche molto ridotte sperimentano un continuo spopolamento, producendo fenomeni di invecchiamento particolarmente elevati.

La popolazione della regione si presenta complessivamente invecchiata, ma non più della media nazionale. Infatti le persone con 65 e più anni, pari a 1.136.022, rappresentano il 19,8% del totale dei residenti, contro una media nazionale pari al 20,3%.

**Grafico 1 – Cartogramma: percentuale di anziani (65 e più anni) sul totale della popolazione residente nei comuni del Lazio**



Fonte: Elaborazione della Comunità di Sant'Egidio su dati ISTAT



### Ma non è uguale dappertutto: la distribuzione territoriale

Più della metà della popolazione anziana vive nel Comune di Roma, che presenta una percentuale di anziani più elevata della media regionale e nazionale.

Realtà particolarmente invecchiate sono rappresentate dai piccolissimi comuni con una popolazione inferiore ai mille abitanti, nei quali un abitante su quattro, e in alcuni casi quasi uno su tre – come accade nella provincia di Rieti – ha 65 o più anni. Complessivamente però si tratta di un numero esiguo di anziani, circa 13mila, pari all'1,1% della popolazione in quella fascia di età.

Dal lato opposto, sono i comuni di media ampiezza, in particolare quelli della provincia di Roma e Latina, che presentano una popolazione più giovane, con percentuali di anziani comprese tra il 15 e il 19%.

**Tabella 1 – Numero di comuni e popolazione residente in totale e con 65 anni e più nelle province del Lazio per classe di ampiezza demografica del comune al 1° gennaio 2011**

*(Valori assoluti e composizione percentuale)*

Classe di ampiezza demografica	N. Comuni	Popolazione residente	Popolazione 65+ anni	Popolazione 65+ anni per 100 residenti	Popolazione 65+ anni per 100 65+ anni
<b>Totale regione</b>					
Fino a mille	86	49.065	12.943	26,4	1,1
1.001-5.000	167	416.756	89.253	21,4	7,9
5.001-10.000	52	389.762	72.695	18,7	6,4
10.001-20.000	32	464.025	79.077	17,0	7,0
20.001-50.000	30	960.244	169.326	17,6	14,9
50.001-100.000	9	567.555	94.329	16,6	8,3
Più di 100mila	1	119.804	20.054	16,7	1,8
Più di 1milione	1	2.761.477	598.345	21,7	52,7
<b>Totale</b>	<b>378</b>	<b>5.728.688</b>	<b>1.136.022</b>	<b>19,8</b>	<b>100,0</b>
<b>Provincia di Viterbo</b>					
Fino a mille	6	4.709	1.229	26,1	1,8
1.001-5.000	36	93.976	20.962	22,3	30,9
5.001-10.000	13	97.291	19.431	20,0	28,7
10.001-20.000	4	60.721	12.717	20,9	18,8
50.001-100.000	1	63.597	13.443	21,1	19,8
<b>Totale</b>	<b>60</b>	<b>320.294</b>	<b>67.782</b>	<b>21,2</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 1 segue**

Classe ampiezza demografica	N. Comuni	Popolazione residente	Popolazione 65+ anni	Popolazione 65+ anni per 100 residenti	Popolazione 65+ anni per 100 65+ anni
<b>Provincia di Rieti</b>					
Fino a mille	37	17.693	5.212	29,5	14,3
1.001-5.000	32	68.475	15.880	23,2	43,6
5.001-10.000	2	13.175	2.621	19,9	7,2
10.001-20.000	1	13.350	2.266	17,0	6,2
20.001-50.000	1	47.774	10.423	21,8	28,6
<b>Totale</b>	<b>73</b>	<b>160.467</b>	<b>36.402</b>	<b>22,7</b>	<b>100,0</b>
<b>Provincia di Roma</b>					
Fino a mille	25	13.913	3.401	24,4	0,4
1.001-5.000	35	81.463	15.756	19,3	1,9
5.001-10.000	20	154.043	26.216	17,0	3,1
10.001-20.000	18	262.825	40.448	15,4	4,8
20.001-50.000	15	486.738	81.495	16,7	9,7
50.001-100.000	7	433.609	70.298	16,2	8,4
Più di 1milione	1	2.761.477	598.345	21,7	71,6
<b>Totale</b>	<b>121</b>	<b>4.194.068</b>	<b>835.959</b>	<b>19,9</b>	<b>100,0</b>
<b>Provincia di Latina</b>					
Fino a mille	2	1.405	320	22,8	0,3
1.001-5.000	12	35.443	7.166	20,2	7,4
5.001-10.000	5	38.100	7.181	18,8	7,4
10.001-20.000	6	88.954	16.019	18,0	16,4
20.001-50.000	6	201.637	36.064	17,9	37,0
50.001-100.000	1	70.349	10.588	15,1	10,9
Più di 100mila	1	119.804	20.054	16,7	20,6
<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>555.692</b>	<b>97.392</b>	<b>17,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Provincia di Frosinone</b>					
Fino a mille	16	11.345	2.781	24,5	2,8
1.001-5.000	52	137.399	29.489	21,5	29,9
5.001-10.000	12	87.153	17.246	19,8	17,5
10.001-20.000	3	38.175	7.627	20,0	7,7
20.001-50.000	8	224.095	41.344	18,4	42,0
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>498.167</b>	<b>98.487</b>	<b>19,8</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazione della Comunità di Sant'Egidio su dati ISTAT

## Caratteristiche socio-sanitarie della popolazione anziana

Nonostante il continuo aumento della speranza di vita a tutte le età, ed in particolare nelle età anziane, la piramide della popolazione con 65 e più anni si presenta con una base più stretta nei primi cinque anni, ossia nella classe di 65-70 anni. Tale apparente anomalia si deve al fatto che vi appartengono le generazioni nate durante la seconda guerra mondiale, quindi provenienti da contingenti più esigui di nati. Parimenti, il brusco scalino che si osserva nel passaggio dai 90 agli anni di età più elevati, è dovuto in parte all'appartenenza alle generazioni nate durante la prima guerra mondiale.

Se ne deduce dunque che negli ultimi cinque anni è entrato nella classe di età anziana un gruppo di anziani più ridotto di quello degli anni precedenti, e che nei prossimi anni l'aumento della popolazione anziana riprenderà con maggior vigore.

Come ben noto la popolazione anziana è rappresentata soprattutto da donne, che presentano una speranza di vita più elevata a tutte le età. Infatti, nel Lazio, le donne anziane (età 65 e più) rappresentano il 58% di quella classe di età e ben il 72% se si considerano gli anziani di 90 anni e oltre, per un totale di 659.169 unità, contro 476.853 uomini.

Essere anziani pone in una condizione di debolezza legata principalmente a fattori di ordine socio-sanitario: perdita della salute, insorgere di disabilità permanenti, rarefazione dei legami amicali e familiari, poter contare talvolta solo su altri parenti anziani.

Infatti, nel 2010 nell'Italia centrale, quasi un anziano su tre (28,4%) vive solo; gli altri vivono prevalentemente in coppia ma senza figli (43,8%), mentre in coppia con figli vive il 10,5% degli anziani. A questi va aggiunto un 5% che vive senza coniuge ma con uno o più figli. Un dato interessante riguarda le famiglie di soli anziani, che nella nostra regione, così come nel resto del Paese, mostrano un costante aumento nel tempo, passando in quindici anni dal 18,9% delle famiglie (media 1994-95) al 22,7% delle famiglie (media 2009-10).

Per quanto riguarda lo stato di salute, invece, nel Lazio nel 2010 dichiarano: uno stato di salute buono il 29,5% degli anziani; il 47,4% di non stare né bene né male; mentre il 23,1% di stare male o molto male.

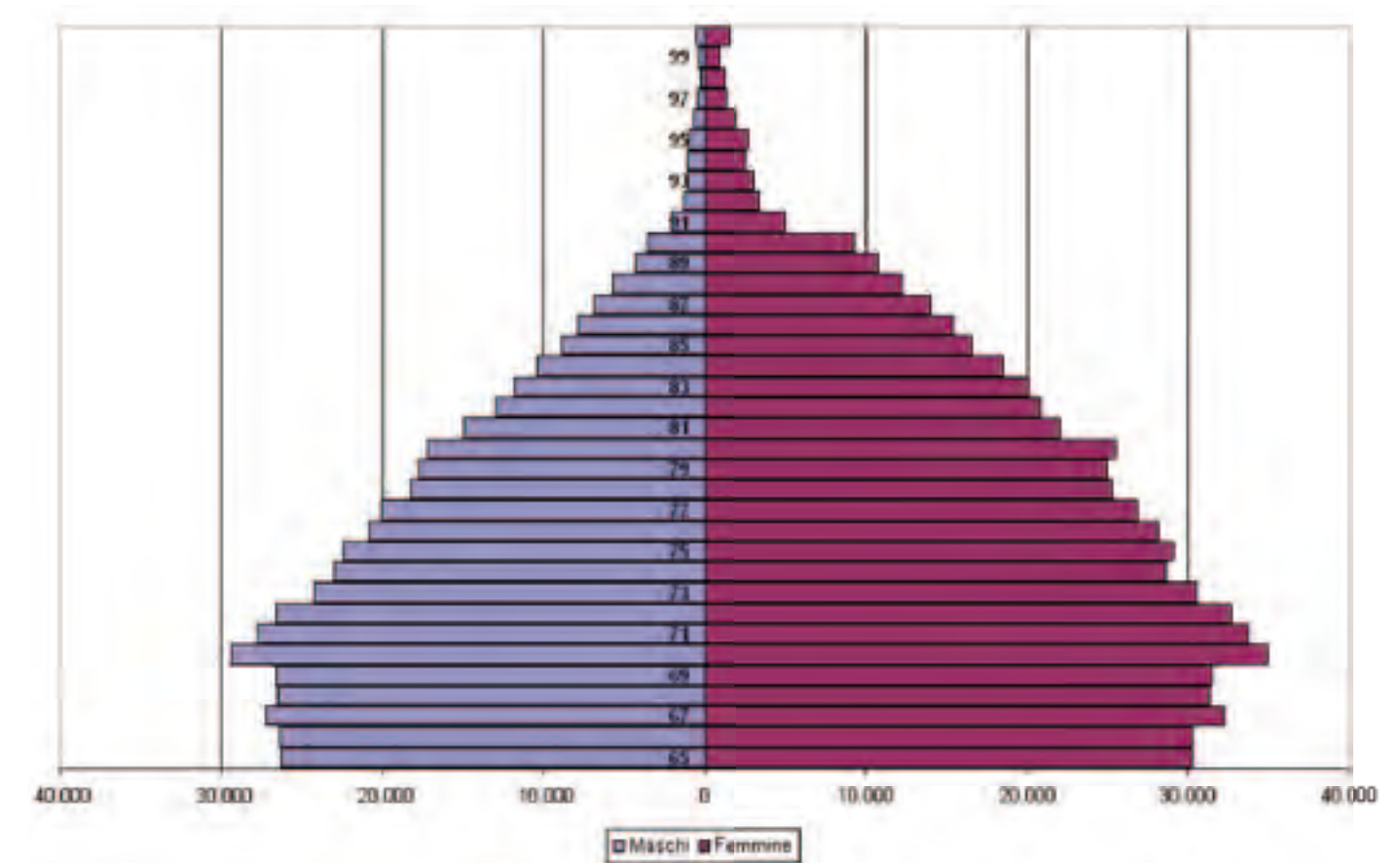
Tali dati, rilevati dall'indagine multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT, si riferiscono agli anziani che vivono in famiglia e non in istituti e case di riposo. Pertanto si rileva come ben 255mila anziani del Lazio vivano a casa dichiarando un cattivo stato di salute. Di questi, 93mila hanno un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, 118mila tra i 75 e gli 84 anni e 45mila da 85 anni in su. Nella dichiarazione della salute auto percepita, la variabile età è fortemente discriminante per il passaggio tra un buono stato di salute e un cattivo stato di salute. Infatti non si rilevano particolari differenze di età tra quanti dichiarano di non stare né bene né male, la cui percentuale si aggira intorno al 47% per le tre classi di età, mentre i maggiori differenziali si registrano nei due stati di salute "bene o molto bene" e "male o molto male". Dichiarano infatti di stare male o molto male il 37,6% degli anziani con 85 e più anni, contro il 16,7% degli anziani con età compresa tra i 65 e i 74, mentre un valore intermedio pari al 27,5% lo registra la classe di età anziana centrale.

La stessa indagine misura la presenza di limitazioni legate allo stato di salute della popolazione anziana.

Nell'Italia centrale, nel 2010, 1 milione e 300 mila anziani hanno dichiarato limitazioni legate al proprio stato di salute.

Si tratta del 52% della popolazione anziana che vive in famiglia. Di questi, il 18% (pari a circa 451mila persone) dichiara limitazioni gravi. Considerando che gli anziani dell'Italia centrale vivono nel 45% dei casi nel Lazio, con un buon grado di approssimazione si possono considerare valori percentuali non molto diversi se limitati alla nostra regione e un ammontare di anziani con gravi limitazioni stimabile intorno a un po' più di 200mila. Le limitazioni aumentano con il crescere dell'età; pertanto è il 9,6% degli anziani della prima fascia di età a dichiarare gravi limitazioni, il 22,5% della fascia centrale e il 37,1% di quella superiore. Così come per lo stato di salute dichiarato, minore variabilità si riscontra per le limitazioni non gravi che riguardano mediamente il 33,9% degli anziani dell'Italia centrale.

Grafico 2 – Popolazione residente nel Lazio di età 65+ per anno di età e sesso al 1° gennaio 2011



Fonte: Elaborazione della Comunità di Sant'Egidio su dati ISTAT

## In famiglia o in istituto? I servizi residenziali per anziani nel Lazio

Si è già fatto cenno alla presenza degli anziani in famiglia e di quali tipologie familiari siano parte. Dal lato opposto, si sono sviluppate diverse realtà assistenziali a carattere residenziale in cui vivono più di 300 mila anziani nel nostro Paese. L'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, i cui dati più recenti sono riferiti all'anno 2009, evidenzia come gli anziani siano la categoria prevalente ad essere accolta in tali realtà. Sono infatti tre su quattro gli ospiti con almeno 65 anni. Inoltre, nel 50% dei casi hanno un'età superiore agli 85 anni. Nel Lazio sono 15.442 gli anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali. Le donne ultrasessantacinquenni risultano essere più numerose degli uomini (75,3%), in percentuale maggiore che nel totale della popolazione (dove sono il 58%). Complessivamente vive negli istituti l'1,4% degli anziani con 65 anni e più. La percentuale aumenta al crescere dell'età, infatti si tratta dello 0,4% degli anziani della classe di età 65-74 anni, dell'1,1% della classe 75-79, del 2,4% della classe 80-84 e del 4,6% della classe residuale (85 e più). Confrontando il dato regionale con quello nazionale, che conta 2,5 anziani ogni 100 residenti negli istituti, emerge che nel Lazio la percentuale è inferiore. A livello nazionale si tratta prevalentemente di persone non autosufficienti: è infatti il 75% degli anziani ricoverati ad essere non autosufficiente. Al contrario, nella nostra regione la percentuale di anziani autosufficienti ricoverati risulta maggiore (7,185 ogni 1.000 anziani) dei non autosufficienti (6,565 ogni 1.000 anziani).

Non solo i servizi socio-sanitari, ma anche quelli socio-assistenziali si collocano prevalentemente (93%) in unità di servizio di medie e grandi dimensioni con un'organizzazione di tipo comunitario e non a carattere familiare. Tuttavia, per i minori, i recenti mutamenti normativi relativi alla "disciplina dell'adozione dell'affidamento dei minori" (legge 149/2001) hanno previsto l'incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare. Una trasformazione di questo tipo verso unità di minori dimensioni, meno massificate, sarebbe auspicabile anche per gli anziani, per i quali, tra l'altro la permanenza in servizi residenziali ha quasi sempre un carattere di definitività. Le case per anziani della Comunità di Sant'Egidio<sup>1</sup> presenti a Roma, che ospitano ognuna tra i 5 e i 10 residenti, rappresentano un valido esempio di convivenza familiare anche per anziani con disabilità permanenti. Inserite nel centro della città e in diversi municipi, possono inoltre garantire il mantenimento del legame dell'anziano con il territorio di origine. Invece, la maggior parte delle strutture residenziali sono collocate sul territorio regionale senza tener conto delle necessità del territorio a livello comunale e sub comunale per la città di Roma.

È ben noto come vi siano ampie strutture residenziali per anziani in comuni che presentano un tasso di invecchiamento della popolazione molto ridotto. Ad esempio nel comune di Fontenuova è presente una grande struttura residenziale per anziani comprensiva di riabilitazione, lungodegenza medica e RSA, quest'ultima con 136 posti letto<sup>2</sup>. Il comune è però uno dei più giovani del Lazio, con una percentuale di anziani pari al 14,9%, corrispondenti a 4.274 residenti. Se si calcola che i ricoverati nel Lazio sono l'1,4%, questo corrisponderebbe a 60 unità, per il comune in oggetto, meno della metà del numero dei ricoverati nella struttura presa in considerazione. E, ovviamente, i 60 anziani, in larghissimo numero, non hanno bisogno della struttura residenziale assistenziale.

Discorso analogo può essere fatto per il comune di Nemi: poco più di duemila residenti, di cui 384 anziani ed una struttura per anziani con 297 posti letto in lungodegenza e 160 in RSA. Se venissero ricoverati l'1,4% dei

residenti di Nemi i casi ammonterebbero a 5. È evidente che una distribuzione delle strutture fatta in questo modo rende necessaria una migrazione forzata degli anziani dal proprio comune di origine ad altri comuni, in particolare dal Comune di Roma ad altri comuni e rende difficile il mantenimento dei legami affettivi con parenti e amici.

Tra i servizi residenziali socio-assistenziali si annoverano le RSA, Residenze Sanitarie Assistenziali. Come riporta il sito internet della Regione Lazio le RSA "sono strutture finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali a persone anziane non autosufficienti. Le persone ospitate nelle RSA non sono assistibili a domicilio e non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione". La diaria giornaliera per l'ospitalità è ripartita tra il Fondo Sanitario Nazionale (50%) e l'assistito (50%) qualora abbia un reddito annuale ISEE superiore ai 13mila euro. In caso contrario il comune di residenza integra la retta e ottiene successivamente dalla Regione Lazio un rimborso dell'80% delle spese sostenute. È quindi evidente che nelle RSA siano più frequentemente ricoverati anziani a basso reddito, i quali non possono pagare per un'assistenza privata a domicilio o per strutture residenziali private. I ricoveri in RSA si profilano di fatto – nonostante la genesi e le intenzioni iniziali – come degenze a tempo indeterminato, per le quali raramente si verificano dimissioni. Da due indagini svolte dalla Comunità di Sant'Egidio nel 2002 e nel 2007, intervistando un campione rappresentativo di anziani ospiti di sette RSA di Roma e provincia, è emerso come molti di loro fossero ricoverati da svariati anni nello stesso istituto: nella prima indagine ben il 55% risultava risiedere in RSA da più di 3 anni e un 4% da più di 10 anni. Nell'indagine successiva i tempi di permanenza si sono allungati: ben il 63% per i primi, e il 16% per i secondi. Vale a dire: 8 anziani su 10 da più di tre anni in quell'istituto.

Le due ricerche analizzavano le condizioni di vita precedenti al ricovero per evidenziare i maggiori fattori di rischio di istituzionalizzazione. Da queste emergeva che la solitudine, ed in particolare l'assenza di figli, fosse uno dei fattori determinanti il ricovero: tra il 40 e il 45% degli intervistati non aveva figli (la percentuale di persone senza figli in quegli anni era intorno al 16%).

Inoltre, il 35% era di stato civile celibe/nubile, contro appena l'8% della popolazione della stessa fascia di età. Tra i motivi scatenanti l'evento "ricovero" prevale il peggioramento delle condizioni di salute, valido per più del 70% dei casi in entrambi gli anni. Tuttavia, come noto, non sempre i problemi di salute generano disabilità permanenti tali da non potersi conciliare con la permanenza nel proprio domicilio, mentre spesso il ricovero ospedaliero o in una struttura analoga genera ulteriori problemi di salute, legati alla lunga permanenza a letto, alla mancanza di un'assistenza adeguata, alla mancanza di figure professionali che possano garantire un recupero delle attività della vita quotidiana interrotte, come l'incontro con le storie di molti anziani ci ha insegnato (vedi la storia di Clara).

La durata della permanenza si prefigurava "a tempo indeterminato" anche perché fino allo scorso anno il sistema di regolamentazione dei permessi in uscita era fortemente limitante, non consentendo più di due pernottamenti consecutivi fuori della RSA e per una sola volta all'anno. Anche i permessi giornalieri erano fortemente ridotti. Nel gennaio 2011 è stato pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Lazio il decreto del Presidente della Regione in qualità di Commissario *ad Acta* n. 103 del 17 dicembre 2010. Le note a margine di tale decreto regolamentano la sospensione dell'ospitalità, introducendo una normativa fortemente innovativa rispetto al passato.

Infatti, al fine di “coniugare la necessità di assicurare la continuità dell’assistenza, e quella di assolvere alla finalità di reinserimento sociale senza compromettere l’organizzazione assistenziale” è possibile sospendere l’ospitalità senza la perdita del posto, per gli ospiti delle RSA per:

- 1) ricovero ospedaliero per un periodo fino a 10 giorni (evento ripetibile senza limiti nell’arco dell’anno);
- 2) permessi giornalieri inferiori alle 6 ore, ripetibili senza limiti (salvo autorizzazione del medico);
- 3) rientri temporanei in famiglia o periodi di vacanza organizzati per al massimo 10 giorni consecutivi e per non più di 10 giorni al mese anche più volte l’anno.

Il decreto ha stabilito anche il regime limitato dei rimborsi alle strutture in tali circostanze, garantendo così risparmi per la Regione e la possibilità per gli anziani di riprendere una vita non isolata dal mondo esterno, favorendone il reinserimento sociale e mantenendo un forte legame con la famiglia d’origine, senza compromettere il regime assistenziale fino a quando necessario.

Si è trattato di un vero cambiamento di prospettiva, con misure concrete che indicano espressamente la finalità del reinserimento sociale degli anziani tra le finalità delle RSA e quindi la loro temporaneità.

È evidente che sostenere che “le persone ricoverate (nelle RSA) non sono assistibili a domicilio” è un’affermazione un po’ forte, soprattutto in considerazione del fatto che esistono RSA con un basso livello di assistenza. Volendo declinare le ragioni della “non assistibilità a domicilio” si possono trovare fondamentalmente in: mancanza di servizi alternativi, mancanza di risorse economiche per sopperire alla mancanza di servizi di assistenza domiciliare pubblici, solitudine.

Infatti, il servizio di assistenza domiciliare è fortemente insufficiente, e inoltre non è concepito come una totale presa in carico della persona, fornendo interventi molto limitati nel tempo (solo alcune ore e spesso solo alcuni giorni a settimana). La vera alternativa all’istituzionalizzazione, per quanti hanno le risorse economiche sembra restare il ricorso all’assistenza privata, garantita sempre più dalle “badanti” il cui numero è infatti sempre più elevato.

La lontananza dalla propria abitazione di origine e quindi dai propri familiari e conoscenti, e la posizione spesso periferica e non facilmente raggiungibile se non con mezzi propri, fa sì che le visite nei luoghi di ricovero siano scarse e limitate nel tempo. Così, oltre all’allentamento se non alla perdita dei legami affettivi e amicali, viene a mancare l’aiuto indispensabile per le piccole necessità quotidiane, come quelle legate a una maggior cura dell’igiene personale, al quale l’assistenza degli istituti non riesce a rispondere, provocando anche danni alla stessa salute, così come è successo a Clara.

<sup>1</sup> Vedi capitolo 1, Rita Cutini.

<sup>2</sup> I dati sono desunti dal sito ufficiale del Nomentana Hospital: <http://www.nomentanahospital.it/lastruttura.html>.

## COME CAMBIA ROMA: GENIUS LOCI COME DESTINO E COME CHANCE ESQUILINO, TORPIGNATTARA, CENTOCELLE E TOR BELLA MONACA

*La città di Roma vive profonde, e talvolta laceranti, trasformazioni. Per capire la città che cambia bisogna partire dai cambiamenti che le strutture urbane dei quartieri vivono, oggi, anche grazie alla presenza dei cittadini immigrati. Il caso del rione Esquilino e dei quartieri Torpignattara, Centocelle e Tor Bella Monaca non è solo emblematico ma, a ben guardare, può essere considerato un laboratorio di convivenza urbana di straordinario interesse. La scelta di queste zone non è casuale: sono accomunate da una struttura demografica simile che le caratterizza in modo marcato e le differenzia dal resto della città: tante le persone anziane (soprattutto gli ultra75enni), tanti i cittadini stranieri. Proprio quest’ultimo aspetto – la presenza straniera – può essere la chiave di lettura unificante per realtà cittadine tanto diverse ma che condividono lo stesso sforzo di riorganizzarsi attorno ad un fenomeno di vaste proporzioni ed epocale come quello migratorio. Sono in atto percorsi positivi di integrazione che mostrano una città, certo complessa, ma con una sua vitalità e capacità di reazione che bisogna saper comprendere e accompagnare.*

### L’ESQUILINO, TORPIGNATTARA E CENTOCELLE

#### **Gennaio 2012. Dal rione Esquilino a Torpignattara la città si stringe attorno alla memoria di Zhou Zheng e della sua figlioletta Joy**

“Distruggete il dolore altrui perché fa male come il proprio” dice un antico proverbio cinese ripreso da un blogger a commento del violento e duplice omicidio avvenuto a Torpignattara. La tragica morte di Zhou Zheng (31 anni) e della sua figlioletta Joy (nove mesi) ha commosso la città di Roma e l’Italia intera.

I romani (italiani e non) si sono stretti come un’unica comunità attorno al dolore di una famiglia cinese orrendamente colpita in un tentativo di rapina – come dice il linguaggio della cronaca – finito male. È successo quanto afferma l’antica sapienza cinese e il dolore inconsolabile di Lia Zheng, madre della piccola Joy, ha fatto male – tanto – come il proprio.

Il fatto è avvenuto all’inizio del 2012 e a distanza di pochi giorni, per le vie della capitale, si è snodato un corteo insolito, come insolito è stato il percorso prescelto: Piazza Vittorio, Via Principe Eugenio, Via Casilina, Via del Pigneto fino a Torpignattara. Quasi a disegnare idealmente i confini di un nuovo quartiere che, forzando la toponomastica e la storia urbanistica, abbraccia l’Esquilino e Torpignattara.

Hanno partecipato al corteo moltissimi cinesi ma anche molti italiani e cittadini delle altre comunità straniere presenti nella capitale: rappresentanti di una nuova comunità urbana che, già viva e presente, in questa occasione e in modo (troppo) doloroso ha preso consapevolezza di sé.

## Una città che cambia da imparare a leggere

La città, ogni città, ha un'anima. Finché dura e non è mortificata. Non è compito facile però cercare di comprendere e rappresentare l'anima di una città, soprattutto se questa città è Roma, con il carico straordinario di ruolo, di storia, di cultura, di valore simbolico che la caratterizza. Ma a partire da "zone simbolo" si può tentare, come si cerca di fare nelle pagine seguenti, di comprendere i profondi cambiamenti sociali in atto, talvolta problematici, ma per certi versi premonitori di una nascente struttura urbana.

Nel film "Mamma Roma" di Pier Paolo Pasolini (1962) fu il volto intenso e bellissimo di Anna Magnani a interpretare e a dare corpo all'anima della Roma di quegli anni. Un'immagine della città drammatica, violenta, con i suoi angoli sordidi ma alla quale Pasolini seppe restituire la sua autentica e poetica bellezza. Drammi, cultura sociale, frantumazione, sofferenza. Ci vorrebbe lucidità intellettuale e poesia per cogliere questa anima e descrivere, oggi, la città di Roma: i suoi cambiamenti, i suoi dolori, le sue ambiguità, la crescente violenza a cui non si riesce a dare causa e volto, ma anche la sua unica e rara bellezza.

Qui si tenta una approssimazione, perché anche l'anima cambia, cresce, matura, può essere una fonte di futuro. Se non viene ignorata, lasciata sola al caso.

La bellezza di Roma intristisce quando diventa un museo e abbaglia per il suo mix di storia e presente, di umanità, quando è viva e vitale per le strade del centro: i monumenti inseriti nella realtà dei Rioni storici profondamente trasformati, e i vecchi cittadini sono divenuti anziani e i nuovi romani che parlano tutte le lingue. È il caso del rione Esquilino. O anche i quartieri periferici storici, divenuti tutta un'altra cosa rispetto al passato ma anche con elementi di continuità sorprendenti. "La corona di spine che cinge la città di Dio", diceva Pier Paolo Pasolini dei quartieri della periferia est, come Torpignattara o Centocelle. Li amava e li aveva scelti come ambienti privilegiati per i personaggi dei suoi film e dei suoi romanzi.

L'Esquilino, Torpignattara e Centocelle, in questo processo di trasformazione, rappresentano un caso emblematico, una sorta di unico laboratorio di tessitura urbana dove la storia passata e le trasformazioni del presente si coniugano dando vita ad una inedita realtà sociale tutta da capire. La scelta di questi quartieri non è casuale. Sono accomunati da una struttura demografica simile che li caratterizza in modo marcato e li differenzia dal resto dei quartieri romani: tante persone anziane (e molto anziane), tanti cittadini stranieri. Proprio quest'ultimo aspetto – la presenza straniera – è la chiave di lettura unificante per realtà cittadine così diverse ma che condividono lo stesso sforzo di riorganizzarsi attorno ad un fenomeno di vaste proporzioni ed epocale come quello migratorio. Anziani e immigrati: il rapporto statistico europeo del 2011 significativamente parla di questi due segmenti di popolazione come di un "potenziale": "L'avvenire dell'Europa dipende in larga misura dalla sua capacità di esplorare il grande potenziale dei due segmenti che aumentano più rapidamente in seno alla sua popolazione: le persone anziane e gli immigrati"<sup>1</sup>.

## L'Esquilino: un rione del centro con una storia di periferia

L'assetto urbanistico dell'Esquilino risale ai grandi lavori dell'epoca post-unitaria: strade, portici e palazzi furono costruiti seguendo lo stile piemontese. La nascita del nuovo quartiere fu ratificata dal primo piano

regolatore di Roma capitale, nel 1873. Può apparire singolare, ma il centrale rione dell'Esquilino fu costruito in quella che era, allora, la *periferia* cittadina. In qualche modo anche il nome è stato premonitore di un destino, con il termine "*ex-quilinus*", nell'antica Roma si indicavano gli abitanti fuori le mura (quelle serviane), insomma gli "stranieri".<sup>2</sup> Anche successivamente, in età imperiale, una volta incluso nelle mura aureliane, l'Esquilino non perse il suo carattere di zona marginale della città aperta alle migrazioni.

Nell'Italia postunitaria l'Esquilino, tra Santa Maria Maggiore e Porta Maggiore, avrebbe dovuto accogliere le classi medie, per lo più impiegati statali di medio livello e commercianti. Nelle intenzioni, lo stesso ruolo del quartiere Prati. L'Esquilino si popolò presto di funzionari provenienti da tutta Italia, impiegati nelle sedi dei ministeri che nel medesimo periodo sorsero nella stessa zona o nelle immediate vicinanze.

La prossimità della Stazione Termini e di molti collegamenti con il resto della città ha reso l'Esquilino fin dai primi anni dell'Italia unita una zona attrattiva: dalla fine dell'800 fino alla fine della prima guerra mondiale diventò una destinazione naturale anche per gli immigrati delle regioni povere dell'Italia centrale e meridionale. Tra gli immigrati meridionali rinomati è possibile ricordare il gelataio siciliano Fassi, che ha intrapreso la sua attività nella sede storica in via Giolitti e il cui marchio è ora diffuso in tutto il mondo.

Negli anni '70 del secolo scorso il rione diventò, tra l'altro, uno dei luoghi di insediamento per gli ebrei espulsi dalla Libia e alcune delle loro attività commerciali, in particolare negozi di vestiario, sono ancora attive.

Come in molte altre grandi città la vicinanza alla stazione l'ha resa nel tempo una zona malfamata, con la presenza persistente di attività illegali di tutti i tipi con il conseguente progressivo degrado del quartiere. Nel dopoguerra all'Esquilino fiorì il mercato nero, il contrabbando, la ricettazione degli oggetti rubati. Nel film "ladri di biciclette", il protagonista va proprio all'Esquilino per cercare la bicicletta che gli era stata rubata. Nel quartiere erano presenti anche molte "case chiuse" – non ufficiali – e la prostituzione coinvolgeva molte donne italiane del quartiere. Negli anni '70 e '80 il degrado ha causato la svalutazione degli immobili, la chiusura di molti negozi ed era visibile l'incuria in cui versavano gli edifici.

L'arrivo di cittadini stranieri, inizialmente provenienti dal Marocco e Algeria successivamente quello dei cittadini asiatici, è iniziata gradualmente fin dalla fine degli anni '70. Il fenomeno, nonostante i timori e le numerose e fantastiche leggende metropolitane messe in circolazione, ha nel tempo riabilitato la fama del rione. La presenza degli stranieri, in particolare quella della comunità cinese, ha rivitalizzato l'Esquilino, ridando slancio alle attività commerciali e lavorative, provocando il vecchio rione a confrontarsi con nuovi orizzonti umani e culturali. Gli appartamenti enormi, sfitti e vuoti del rione, che avevano un tempo ospitato le numerose famiglie meridionali, ritrovano negli anni '90 la loro funzione: vengono affittati anche a più famiglie straniere evitando, tra l'altro la fatiscenza che l'incuria e l'abbandono stava provocando al patrimonio edilizio. L'incontro e la non sempre facile convivenza tra italiani e stranieri ha avuto come risultato non secondario la crescita in modo significativo dell'associazionismo, di iniziative culturali, e in generale una partecipazione più attiva alla vita del quartiere. Questa rinnovata vitalità ha fatto avvicinare tra di loro non solo italiani e stranieri, ma anche le diverse generazioni. La sfida che vive oggi l'Esquilino è quella della coabitazione tra tanti anziani italiani e molti giovani e bambini, in gran parte stranieri. I vecchi abitanti del rione sono diventati gli entusiasti sostenitori del cambiamento: del resto ricordano bene la cattiva fama di ieri e sono, oggi, i primi beneficiari di vicini giovani e non di rado disponibili, e persino di strade e marciapiedi più puliti e persino più sicuri. L'Esquilino proprio grazie alla presenza straniera sta ritrovando la sua forza

attrattiva: il mercato immobiliare ha ripreso un certo dinamismo e non pochi romani stanno di nuovo scegliendo di abitare in questa zona che vede, tra l'altro, anche una vivace movida serale, insomma è un rione in cui si sta bene anche solo per passare una bella serata con gli amici.

### Torpignattara – Centocelle e l'accoglienza degli immigrati: una storia che ha radici antiche

“E non si capisce tra l'altro chi siano questi ‘romani’; se sia per esempio da considerarsi più ‘romano’ un giovane nato a Roma quindici anni fa, o un uomo che a Roma vive da 27 anni e che non riesce ad ottenere l'iscrizione perché il Comune gliela nega”<sup>3</sup>. Il brano appena citato non è preso da una cronaca odierna ma dal libro-inchiesta del 1960, *Borgate di Roma*, di Giovanni Berlinguer e Piero della Seta.

Ancora una citazione dallo stesso libro: “Quanti sono oggi a Roma i ‘non residenti’? È impossibile dare una risposta esatta. Alla difficoltà oggettiva di calcolare il numero di cittadini che non sono iscritti all'anagrafe (cioè, per l'appunto, ‘non calcolati’) se ne aggiunge un'altra soggettiva: una palese resistenza del Comune di Roma a tirar fuori le cifre, a far conoscere agli interessati il numero esatto dei presenti”<sup>4</sup>. La sorprendente attualità dell'analisi degli autori citati, è rivelatrice di un carattere durevole della storia dei quartieri di Torpignattara e di Centocelle.

### I cittadini stranieri e il Censimento 2011

Con un sms sono stati avvertiti sei mila stranieri residenti presso l'indirizzo della mensa della Comunità di Sant'Egidio. Il testo: “Ti aspettiamo a Via Dandolo 10 per compilare il questionario del censimento: lunedì, mercoledì, giovedì, sabato e domenica dalle 16,00 alle 20,00. Ricordati che se non rispondi al censimento puoi subire la cancellazione dalla residenza. Gli amici della Comunità di Sant'Egidio”. Sono stati censiti tutti e sei mila, una piccolissima minoranza non ha risposto all'appello. All'indirizzo della Mensa della Comunità di Sant'Egidio, Via Dandolo 10, sono iscritti circa tremila bengalesi che vivono tra Torpignattara e Centocelle sono molti di più i cittadini immigrati ‘invisibili’ perché senza la residenza. Le cause sono note: ottenere la residenza, anche in presenza di un lavoro regolare, è praticamente impossibile se non si possiedono i requisiti abitativi, e a Torpignattara a causa delle condizioni di molte delle case abitate in passato dai nostri immigrati meridionali questi requisiti è molto difficile possederli.

Fanno parte della periferia storica e le analisi degli anni '60 e '70 – è almeno da citare il lavoro di Franco Ferrarotti, *Roma da capitale a periferia*- non hanno trascurato di sottolineare, tra le altre borgate, proprio la vicenda di questi due quartieri, emblematica di un fenomeno che fin dalla presa di Porta Pia, aveva investito tutta la città: decine di migliaia di immigrati del sud e del centro si sono addensati alle porte di Roma con un straordinario parallelismo con le vicende odierne quando gli stessi quartieri diventano – esattamente 100 anni dopo – la meta di molti cittadini immigrati.

### A Roma sono tornati gli insediamenti di baracche: uno recente è a Torpignattara

È notizia recentissima: in Via Orazio Pierozzi, è sorta una piccola zona di baracche, mattoni e lamiera. Sono 20 o 30 costruzioni dove abitano italiani e filippini. Moltissimi sono i bambini che vanno a scuola e al catechismo ma ci sono anche persone anziane.

È impressionante, ad esempio, vedere come le stesse vie che prima erano caratterizzate dalla presenza di un determinato gruppo regionale, ora accolgono stranieri di diversi gruppi nazionali. Come Via Tempesta che, prima accoglieva gli abruzzesi – resta ancora l'Associazione degli abruzzesi –, e oggi è la via dei cinesi. Via della Marranella, invece, era famosa per essere la via dei marchigiani e dei laziali, oggi accoglie i bengalesi.

Torpignattara nasce nel 1925, ed è uno dei primi insediamenti popolari del quadrante sud-orientale di Roma. In quello stesso periodo nascono le borgate di Valle Aurelia, Ponte Milvio, Forte Aurelio, Quadraro e Centocelle<sup>5</sup>. Il nome di Torpignattara prende origine dalla Torre delle Pignatte o mausoleo di Sant'Elena che ancora oggi è possibile vedere nel parco di Villa De Sanctis<sup>6</sup>. Le prime case sono costruite da piccoli risparmiatori giunti a Roma per cercare una vita migliore, immigrati dalle provincie. La carenza di fognature, la distribuzione dell'acqua e del gas è stato un problema. I giovani operatori della Comunità di Sant'Egidio che 15 anni fa iniziarono il doposcuola per i bambini – la Scuola della Pace – restarono impressionati dall'assenza delle fognature. Anche palazzine di quattro piani si arrangiavano con il sistema del pozzo nero senza il collegamento con il sistema fognario cittadino.

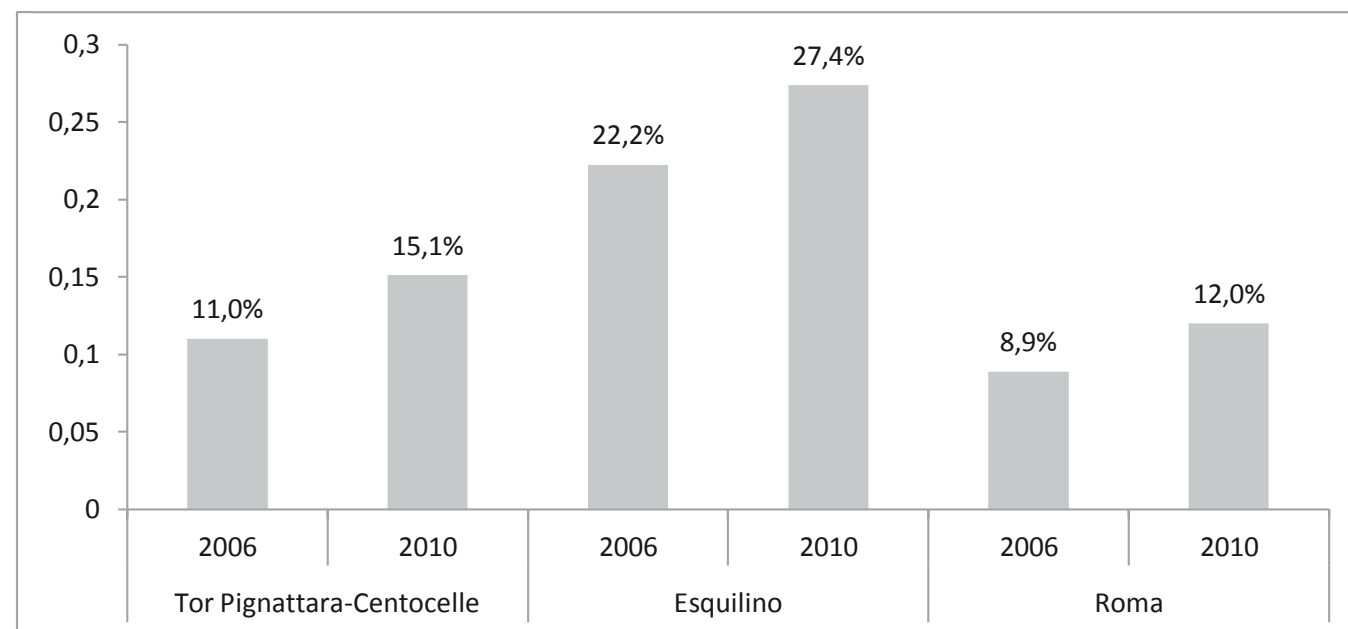
### “Esquilino – Torpignattara – Centocelle”: un quartiere nuovo, che non esiste nelle mappe

“Esquilino – Torpignattara – Centocelle”, questo quartiere nella suddivisione toponomastica di Roma non esiste. Esiste l'Esquilino, Rione del Municipio Centro Storico, il quartiere *Prenestino-Labicano*, di cui Torpignattara è parte (Municipio VI) e, limitrofo, *Centocelle* nel VII Municipio. Ma per capire come cambia la città bisogna anche provare ad operare qualche forzatura. La vita e le giornate della giovane donna cinese, Ling, ruotano attorno al triangolo sudorientale della città: ha il negozio di abbigliamento all'Esquilino, abita con la famiglia e la sorella a Torpignattara (i figli frequentano la scuola elementare Carlo Pisacane) e la domenica frequenta la chiesa evangelica cinese di Centocelle. Anche i cittadini provenienti dal Bangladesh hanno ignorato i confini storici dei quartieri e ne hanno posizionato di nuovi. Esquilino – Torpignattara – Centocelle, ad esempio, nella geografia urbana di un giovane bengalese che vive a Roma, è un tutt'uno, un'unica entità territoriale di cui può, a occhi chiusi, rintracciare i percorsi, i confini, i luoghi significativi, i legami sociali. Proprio tutto quello che definisce un quartiere: un'unità urbanistica distinta con il suo *genius loci*, con un carattere ben definito come quello di una persona, che la distingue dal vicino Pigneto, o dalla borgata Alessandrina.

### Le caratteristiche demografiche di Esquilino, Torpignattara – Centocelle. Il confronto con il resto della città<sup>7</sup>

Il rione dell'Esquilino e la zona di Torpignattara e Centocelle si distinguono per una considerevole presenza di stranieri rispetto alla città di Roma nel suo complesso. Questa caratteristica si è ben consolidata negli anni: nel 2006 gli stranieri costituivano l'11% della popolazione residente nella zona Torpignattara – Centocelle, ed il 22,2% di quella dell'Esquilino, rispetto ad una presenza complessiva su tutto il territorio della capitale pari all'8,9%. Negli anni queste differenze si sono accentuate arrivando ad una percentuale di stranieri rispettivamente del 15,1% a Torpignattara – Centocelle e del 27,4% all'Esquilino in confronto al 12% della media complessiva di Roma.

Grafico 1 – Percentuale di stranieri sulla popolazione residente – Anni 2006/2010



In queste due aree quindi l'incremento della presenza di stranieri è stato più rapido. In numeri assoluti la presenza di stranieri è pari a 15.630 a Torpignattara – Centocelle e 6328 nel rione Esquilino.

È importante rilevare inoltre che la composizione della popolazione straniera per area di provenienza in queste due aree è simile e non rispecchia quella dell'intera capitale.

I grafici di seguito riportati mostrano la distribuzione della popolazione residente a Roma e nelle due zone esaminate per area di provenienza.

Grafico 2 – Distribuzione percentuale della popolazione per area di provenienza – Esquilino – Anno 2010

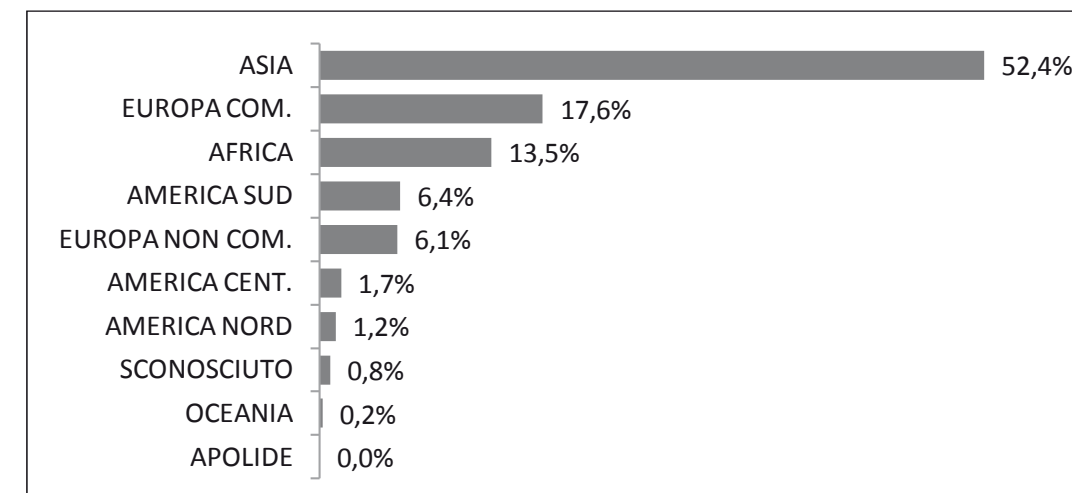


Grafico 3 – Distribuzione percentuale della popolazione per area di provenienza – Roma – Anno 2010

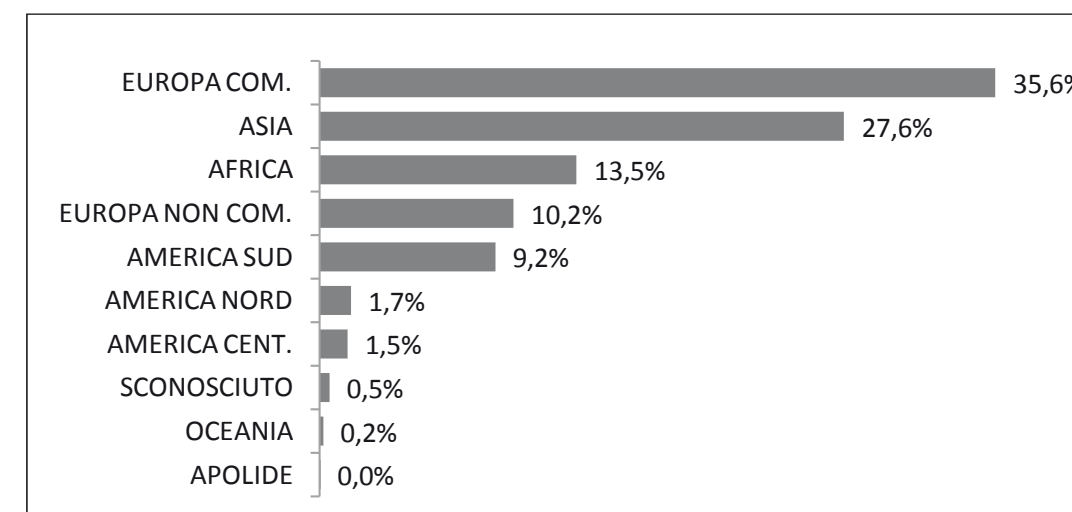
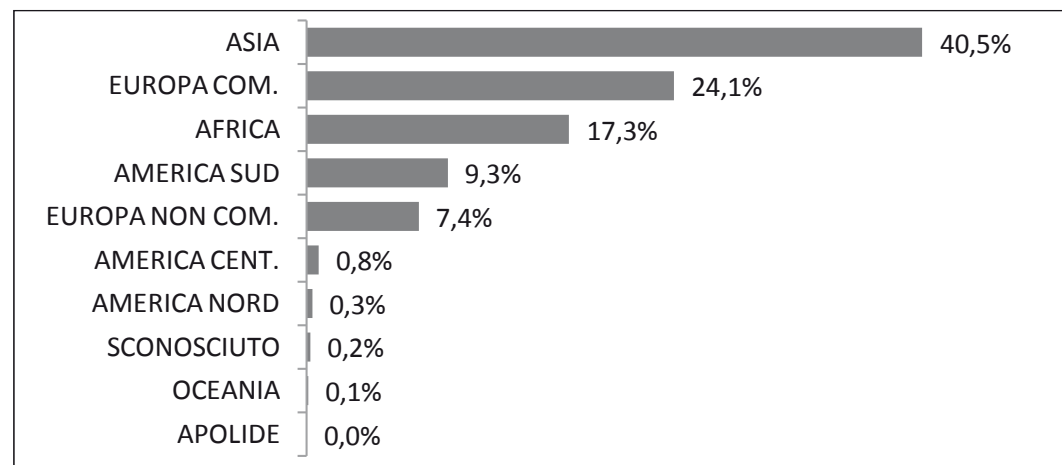


Grafico 4 – Distribuzione percentuale della popolazione per area di provenienza – Torpignattara – Centocelle – Anno 2010



Mentre a Roma la principale area di provenienza è costituita dai paesi dell'Unione Europea ed in particolare dalla Romania, sia all'Esquilino che a Torpignattara – Centocelle la prima area di provenienza è l'Asia, seguita dall'Europa comunitaria e poi dall'Africa. L'Esquilino e Torpignattara – Centocelle, a loro volta, non possono considerarsi del tutto omogenee. Andando ad osservare la composizione della popolazione straniera per nazionalità, risalta la massiccia presenza di cinesi all'Esquilino (22%), seguiti da cittadini del Bangladesh e filippini. All'Esquilino la Romania si colloca solo al quarto posto, mentre a Torpignattara – Centocelle continua ad essere la prima nazionalità (16,8%), anche se seguita dagli stessi tre paesi asiatici sopramenzionati.

Grafico 5 – Prime dieci nazioni di provenienza – Roma – Anno 2010

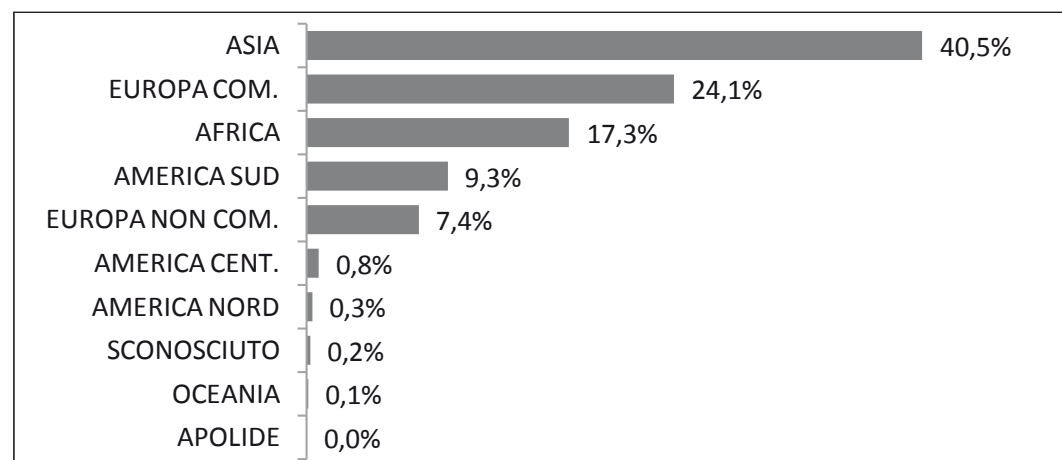


Grafico 6 – Prime dieci nazioni di provenienza – Esquilino – Anno 2010

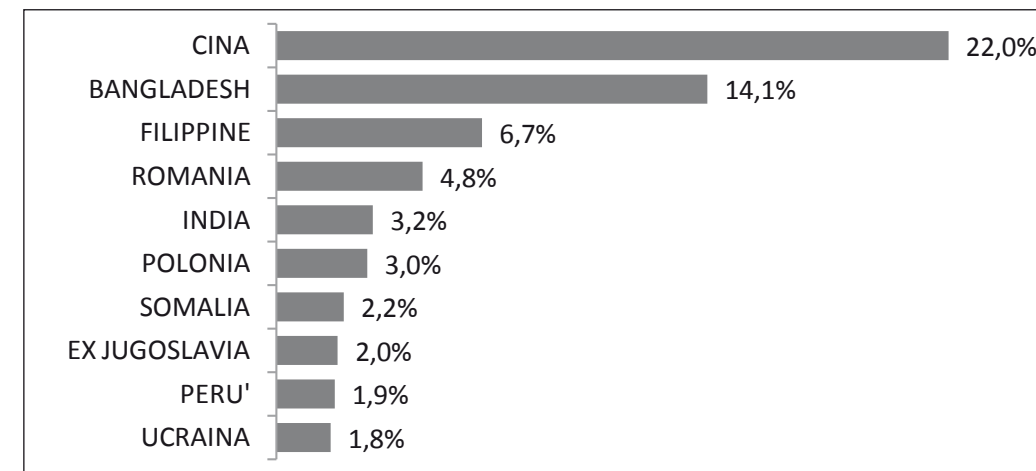
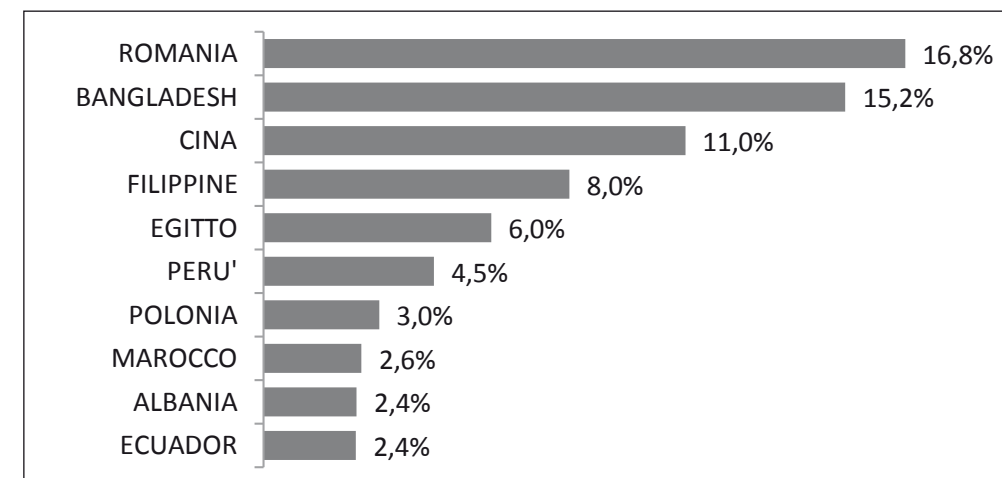


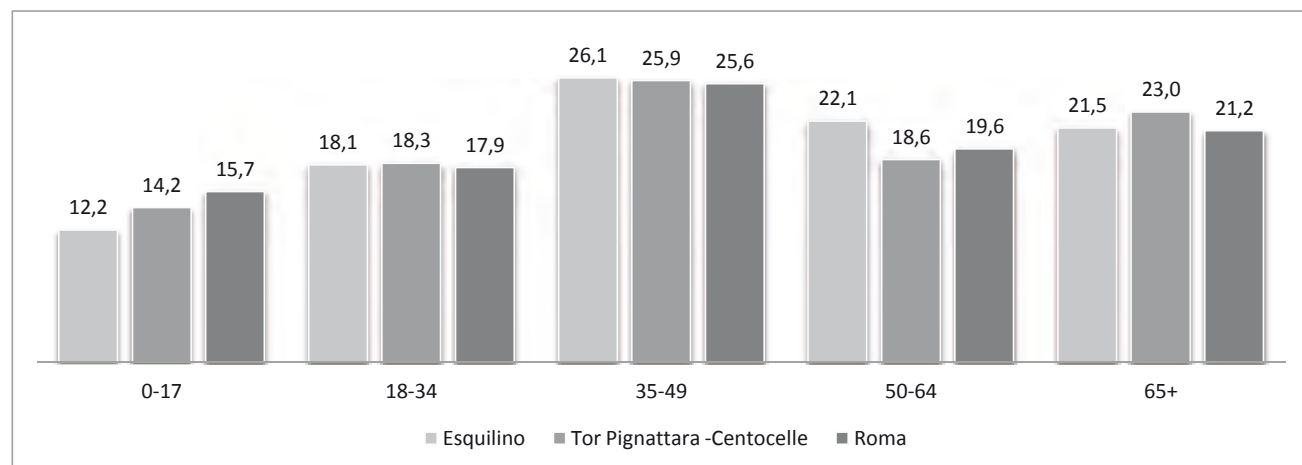
Grafico 7 – Prime dieci nazioni di provenienza – Torpignattara – Centocelle – Anno 2010



La presenza degli stranieri ha ovviamente anche un impatto sulla struttura per età della popolazione residente. La figura seguente mette a confronto la distribuzione percentuale per classi di età della popolazione residente totale (italiani + stranieri) nelle tre zone.



Grafico 8 – Distribuzione percentuale della popolazione per classe di età – Anno 2010



La percentuale di minorenni è più bassa sia all'Esquilino che a Torpignattara – Centocelle rispetto a Roma, mentre la percentuale di anziani è più alta. Confrontando le percentuali degli ultrasessantacinquenni ed ultraottantacinquenni nelle due aree e nell'intero comune nel 2006 e 2010 si osserva, un generale incremento percentuale della popolazione anziana.

Grafico 9 – Confronto popolazione anziana a Roma 2006 vs. 2010

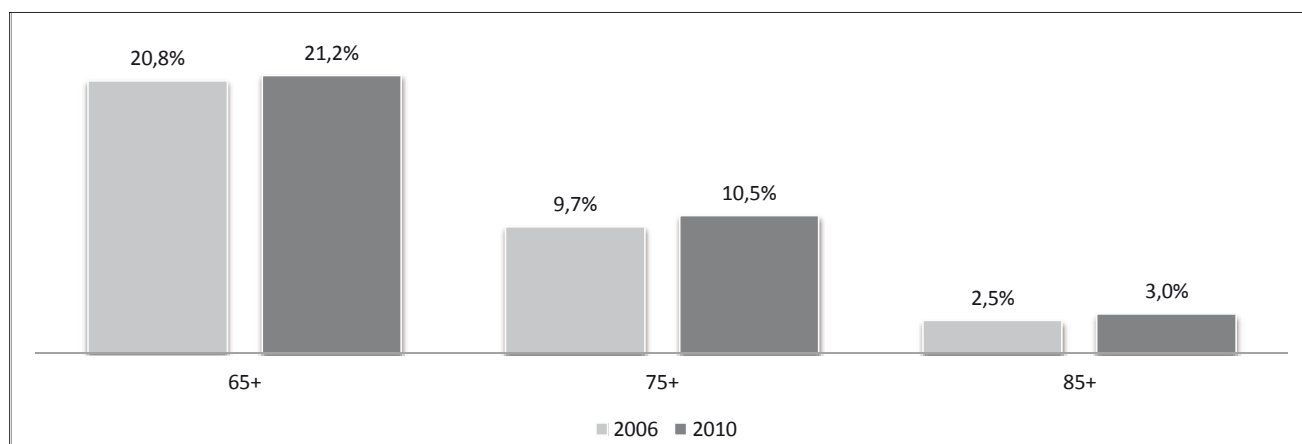


Grafico 10 – Confronto popolazione anziana a Torpignattara – Centocelle 2006 vs. 2010

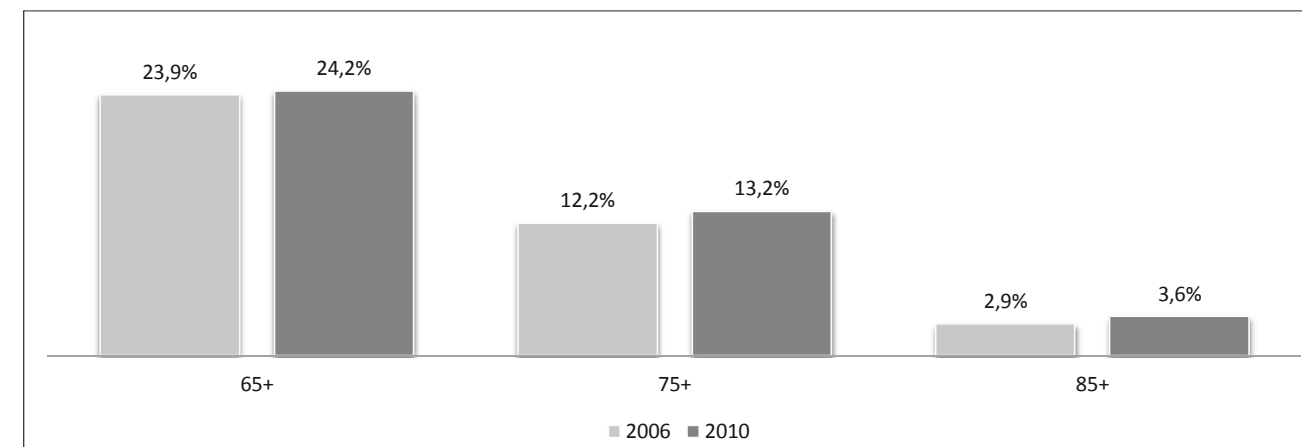
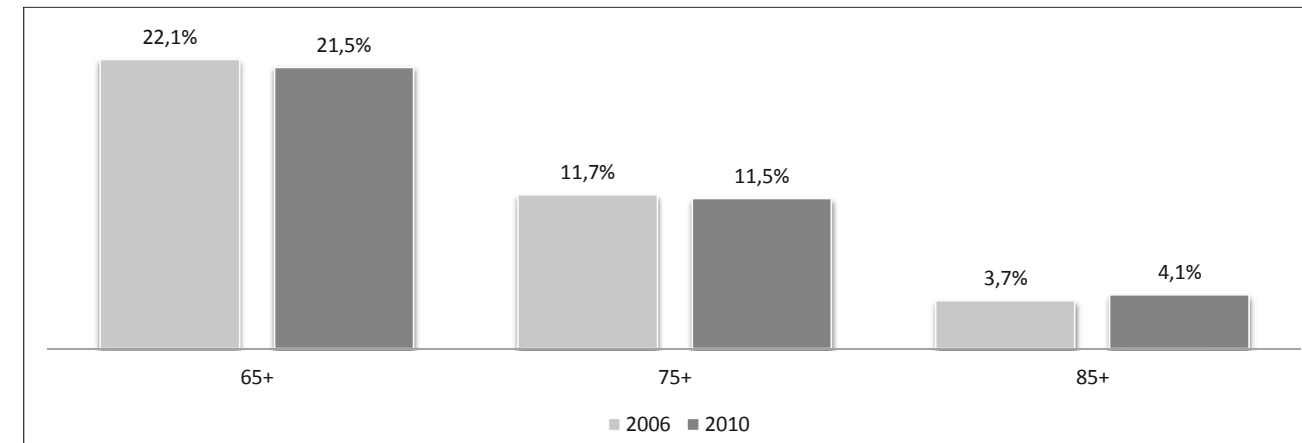


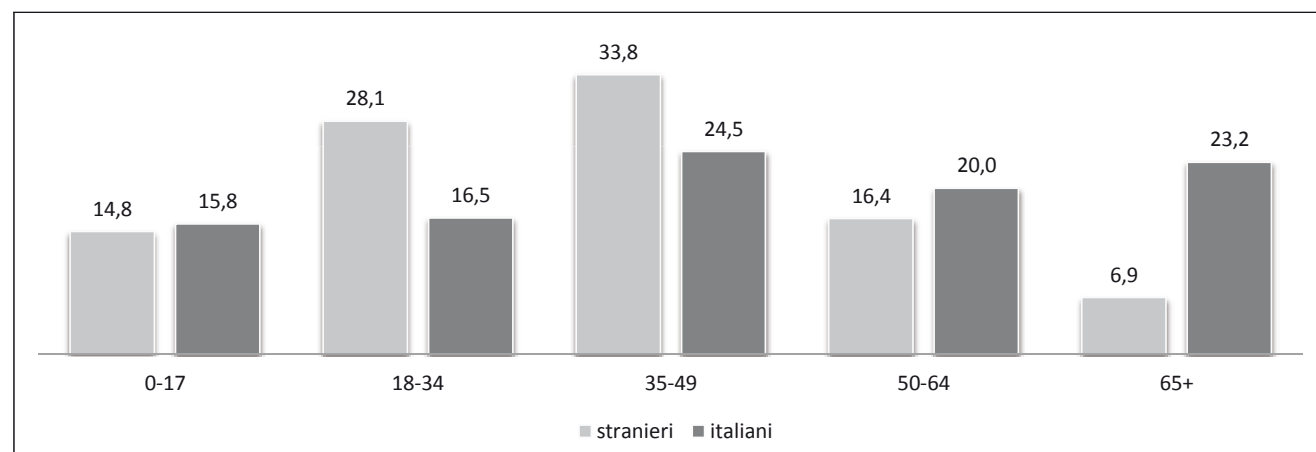
Grafico 11 – Confronto popolazione anziana all'Esquilino 2006 vs. 2010



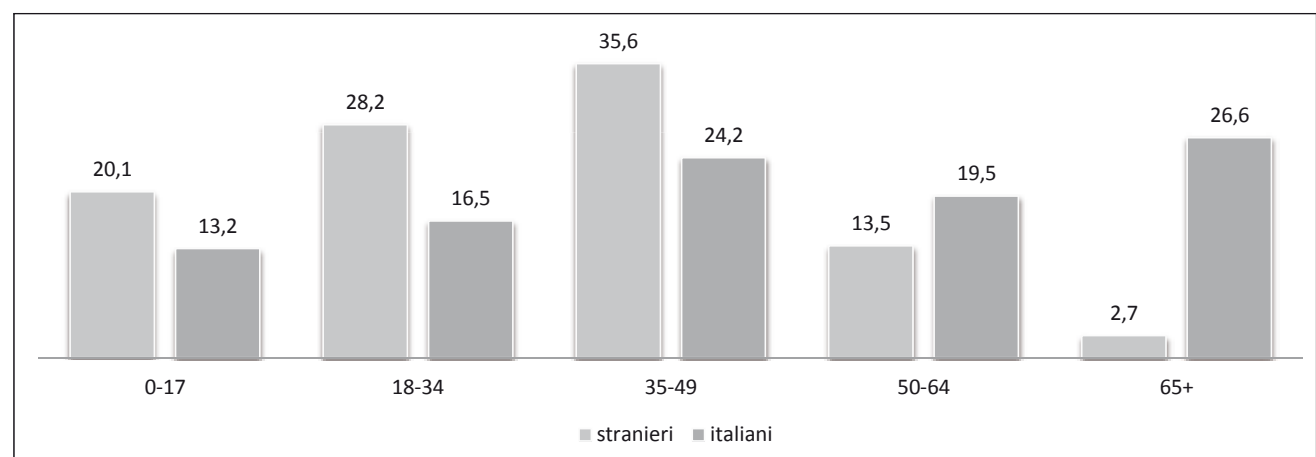
In termini assoluti nel 2010 gli ultrasessantacinquenni erano rispettivamente 23.775 a Torpignattara – Centocelle e 4.966 all'Esquilino, gli ultraottantacinquenni invece rispettivamente 8.117 e 951. Le ultime figure che seguono mettono a confronto la distribuzione percentuale per classi di età della popolazione italiana e straniera nelle tre aree. Complessivamente è evidente l'effetto di “ringiovanimento” della

presenza straniera che ha una proporzione più elevata di persone nelle fasce di età più giovani (fino a 49 anni). Ancora più significativo quest'effetto è nella zona di Torpignattara – Centocelle dove gli stranieri non solo sono più giovani degli italiani, ma sono anche più giovani degli stranieri presenti in tutta la città. I minorenni sono 20,1% degli stranieri in questa zona, mentre costituiscono solo il 14,8% degli stranieri di Roma. In numeri assoluti i minorenni stranieri sono 3135 a Torpignattara – Centocelle e 808 all'Esquilino.

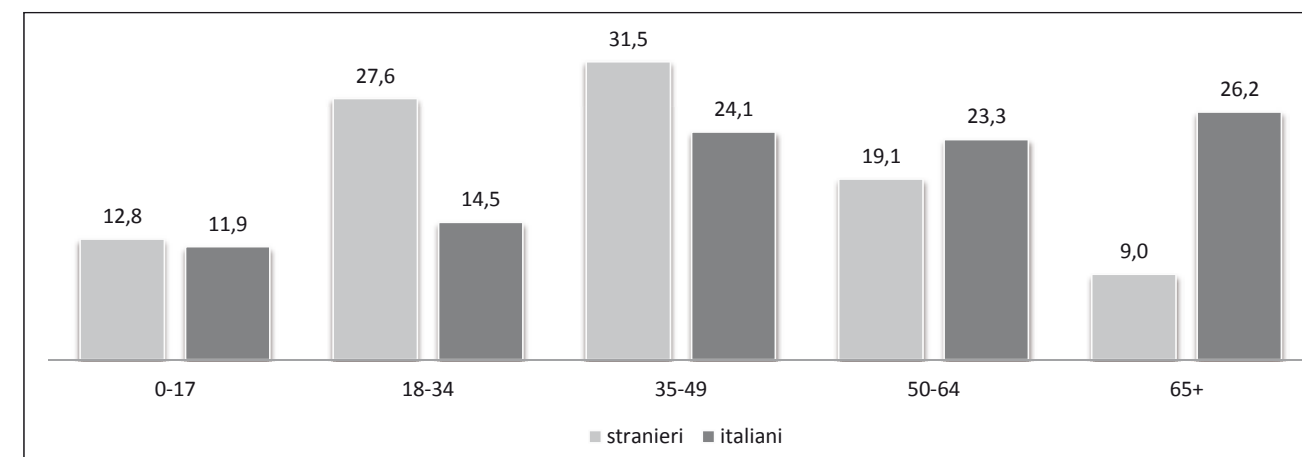
**Grafico 12 – Confronto distribuzione percentuale per classe di età italiani e stranieri – Roma – Anno 2010**



**Grafico 13 – Confronto distribuzione percentuale per classe di età italiani e stranieri – Torpignattara – Centocelle – Anno 2010**



**Grafico 14 – Confronto distribuzione percentuale per classe di età italiani e stranieri – Esquilino – Anno 2010**



*Elaborazione Comunità di Sant'Egidio su dati Comune di Roma (i dati analizzati fanno esclusivamente riferimento alla popolazione residente)*

### TOR BELLA MONACA: LA “NUOVA ROMA” OLTRE I PREGIUDIZI

Tor Bella Monaca. Un luogo che non gode di buona stampa. Molte cronache di giornali e la televisione lo descrivono come uno tra i più difficili in Italia. Per i circa 30.000 cittadini che vi abitano, da periodi diversi dal dopoguerra ad oggi, rappresenta una realtà con migliaia di storie, ricordi e significati diversi. Non è facile viverci. Non è uguale dappertutto. Non è impossibile reinventare una vita possibile e di qualità.

#### Una storia antica: Tor Bella Monaca

La zona prende il nome da una torre, citata per la prima volta in un documento del 1317, di proprietà di un tal “Pietro Monaca”. Nel secolo successivo si trovano documenti storici che attestano i nomi di “Torre Bella Monica” o “Torre Belle Monache”. Da questa trasformazione trae origine la leggenda di una sosta di Santa Rita da Cascia in quella zona, durante il suo viaggio a Roma per il Giubileo del 1450. Nel 1869 la tenuta passa in proprietà ai Borghese e viene riunita con quella di Torrenova. Nel 1923 la tenuta viene ceduta al conte Romolo Vaselli, che ingloba l’antica torre in una villa privata. La borgata nasce tra gli anni Venti e Trenta del secolo scorso. Numerosi italiani immigrati dalle regioni meridionali vengono a stabilirsi in questa zona dove iniziarono a costruire case senza qualità. La vicina fabbrica della Breda, produttrice di armi e particolarmente attiva durante la seconda guerra mondiale, attira manodopera. Anche le tenute del conte Vaselli rappresentano, per alcuni nella zona, una opportunità

lavorativa. La condizione dei nuovi abitanti è di estrema povertà. È la povertà dei tempi che si esprime nella vita di immigrati recenti. Alcuni abitano nell'unica stanza ultimata della casa a un piano che hanno iniziato a realizzare. È lo schema baracca. Un cubo, il tetto per coprire è alzato durante la notte. L'embrione di una casa temporanea per non essere mandati via, che diventa permanente. I lavori di costruzione sono portati avanti nel fine settimana con la partecipazione attiva di tutto il nucleo familiare. Ma è un nuovo insediamento urbano: sviluppato senza piano regolatore, piuttosto distante dal centro di Roma (circa 25 chilometri) e l'ambiente che lo circonda è prevalentemente di tipo agricolo. Il collegamento con la città è inesistente e vivere a Tor Bella Monaca significa trovarsi come in un paese. Questa è la percezione del quartiere: isolato e periferico, è ancora oggi così forte che spesso le persone che vivono a Tor Bella Monaca, se si recano al Centro dicono: "Vado a Roma".

La chiesa parrocchiale vera e propria non c'è, un salone basta ai padri Agostiniani per celebrare la messa domenicale. Solo successivamente, negli anni '60, viene costruita la parrocchia vera e propria di Santa Rita. Nel periodo successivo alla seconda guerra mondiale le case a un piano vengono ampliate e si costruiscono palazzine più alte con la prospettiva di destinare gli altri appartamenti ad ognuno dei figli. Per questo oggi in diverse case di Tor Bella Monaca vivono intere famiglie: genitori anziani e figli. È la seconda fase dell'abusivismo, ma anche la stabilizzazione per tanti. E i figli cominciano a studiare.

### Una storia nuova, Tor Bella Monaca

Nel 1981 la Giunta capitolina approva uno dei piani di edificazione di edilizia residenziale pubblica più estesi della capitale. Nelle zone agricole a confine con il primo insediamento urbano di Tor Bella Monaca e il quartiere di Torre Angela, tra la Via Casilina e il Raccordo Anulare all'altezza della Via Prenestina, nasce il nuovo quartiere di case popolari.

Il governo aveva concesso ingenti finanziamenti ai Comuni, a Roma 175 miliardi di lire per l'edilizia popolare. L'Amministrazione comunale li investe immediatamente realizzando in soli 3 anni (dal 1981 al 1983) alloggi per 28.000 persone. Il numero delle persone che hanno beneficiato di questi interventi corrisponde quasi all'attuale numero totale di famiglie in graduatoria a Roma per un alloggio ERP da più di 15 anni. L'operazione ha un impatto significativo sulla riduzione del disagio abitativo nella capitale. Si tratta, per la maggior parte, di famiglie costrette a lasciare l'abitazione per sfratto esecutivo e molti nuclei familiari sono composti da genitori con uno o più figli disabili. Per questo sono numerose, a Tor Bella Monaca, le abitazioni progettate e costruite senza barriere architettoniche sia interne che esterne, con i bagni attrezzati e gli ascensori adeguati alle carrozzine.

Il quartiere stesso è pensato così: le strade, l'accesso ai marciapiedi e ad altri spazi è facilitato per chi è costretto a spostarsi con ausili. Forse è l'unico quartiere a Roma progettato con un'attenzione globale, particolare per i disabili e le persone più fragili. L'esito di questo sforzo sarà impreveduto. Il nuovo complesso abitativo è costituito da abitazioni di diverse tipologie: palazzine di 4/5 piani, 14 torri di 15 piani, grandi

comprensori di 7 piani con spazi verdi al centro. Tutto viene edificato in un tempo record utilizzando molto materiale prefabbricato, a scapito, è emerso nel tempo, ma non è chiaro subito, della qualità. Ma non ci sono servizi, non ci sono negozi, quando la gente arriva. Tecnicamente "dormitori".

Molte persone oggi ricordano lo sgomento, appena entrate nelle nuove abitazioni, per la mancanza assoluta di servizi e negozi nel quartiere. Per fare la spesa era necessario spostarsi, camminare alcuni chilometri fino al quartiere di Torre Angela. Le linee di trasporto pubblico non esistevano.

Poi, negli anni la zona si è popolata di negozi, centri commerciali e altri generi di servizi.

Il quartiere è tagliato a metà dal viale di Tor Bella Monaca, strada di grande scorrimento, che costituisce un'asse di congiunzione tra il G.R.A. e la Via Casilina.

Per la presenza di questa strada e di altre attraversate quotidianamente da migliaia di automobili, il quartiere non ha una sua fisionomia omogenea e sono pochi gli spazi di sosta e incontro. Tor Bella Monaca non ha una piazza, un centro. L'unica area che si avvicina di più alle caratteristiche di una piazza è Largo Ferruccio Mengaroni, al confine con il quartiere vecchio, circondata in parte dalle abitazioni e un'altra parte vicino ad una vasta area verde composta da una fitta pineta e un prato.

Tutti questi spazi potrebbero rappresentare luoghi di aggregazione importanti, ma la manutenzione è praticamente inesistente sia per quello che riguarda il verde pubblico sia per gli interventi necessari ai marciapiedi, alle strade, ai corridoi che conducono all'accesso alle abitazioni e collegano i palazzi uno con l'altro, agli interni dei palazzi e alle abitazioni stesse.

Con il piano Urban Italia, alla metà degli anni '90, la Comunità Europea destina 14 miliardi di lire alla riqualificazione di Tor Bella Monaca. La stessa cifra viene messa a disposizione dal governo italiano ad integrazione del progetto.

Lo sviluppo di riqualificazione del quartiere si articola in diverse aree: l'assistenza finanziaria alle imprese, corsi di formazione professionale, seminari e corsi per giovani e studenti romani e stranieri, recupero di edifici per attività culturali e ricreative, ristrutturazione di scuole e di impianti di riscaldamento per risparmiare energia, creazione di verde pubblico per 1,7 ettari, una completa forestazione di cento ettari, la promozione di verde "autogestito" per sei ettari, la sistemazione di piazze e strade con arredo urbano più gradevole, la creazione di una nuova piazza "di raccordo" tra Tor Bella Monaca e Torre Angela.

Alcuni interventi vengono realizzati, molti rimangono sulla carta e la loro eccessiva frammentazione non consente di raggiungere l'obiettivo prefissato: alla fine una nuova immagine del quartiere e un quartiere più vivibile non vengono fuori.

Non cambia molto l'aspetto esteriore della zona Tor Bella Monaca. I media registrano, amplificano a volte, di certo diventa un luogo "proverbiale. Titoli impietosi<sup>8</sup> spingono – come gli abitanti delle borgate nel dopoguerra – la maggior parte dei suoi abitanti a dichiarare di non vivere a Tor Bella Monaca, ma nei quartieri limitrofi: "Quando cerco lavoro preferisco dire che abito a Torre Angela o a Giardinetti altrimenti il posto me lo posso scordare".

Certo non tutti la pensano così e qualcuno esprime anche l'orgoglio di abitarvi<sup>9</sup>.

## Due parrocchie, un quartiere

Tra i numerosi edifici non residenziali, costruiti negli anni '80 a Tor Bella Monaca, c'è la chiesa progettata dall'architetto Pierluigi Spadolini e inaugurata nel 1987. La chiesa parrocchiale Santa Maria Madre del Redentore, che è situata proprio sul Viale di Tor Bella Monaca, è una delle realizzazioni più famose di architettura moderna religiosa a Roma. È una delle costruzioni più alte della zona, anche se non ha un campanile. È un elemento di riconoscibilità.

L'interno della chiesa è dominato dall'imponente croce di 15 metri d'altezza, che è posta dietro il presbiterio. Sulla croce il corpo di Gesù, intagliato nel legno, non sofferente, ma con l'aspetto e la prestanza fisica di un re vittorioso. In qualche misura l'analogo della Basilica di don Bosco, per l'altra parte della zona sud-est di Roma. È significativo ricordare la memorabile visita pastorale alla parrocchia di Giovanni Paolo II il 10 aprile 1988. Trovò ad accoglierlo una folla di circa 13.000 persone. Si fermò a lungo e, come era sua abitudine, incontrò i diversi gruppi presenti nella parrocchia. Il primo saluto che rivolge a chi si è affollato al suo arrivo, permette di ripercorrere con i suoi occhi il quartiere:

“Prima di venire qui mi sono incontrato con un gruppo di handicappati e poi ho potuto abbracciare già tanti parrocchiani, giovani ed anche adulti. E credo che questa sia stata già una parola di saluto e di accoglienza. Ora il vostro parroco ha detto che Tor Bella Monaca era un deserto. Ma sappiamo bene che Cristo per cominciare la sua missione è andato prima nel deserto, è stato guidato dallo Spirito prima nel deserto. Allora il deserto è anche un ambiente privilegiato per l'opera della redenzione e voi siete stati marcati da questa opera della redenzione perché questo deserto è fiorito come parrocchia, come comunità cristiana nell'anno della redenzione. Ecco io devo dire che si vede poco del deserto, si vedono tante case, quasi dei grattacieli, grandi case; si vede tanta gente. Attorno alla croce di Cristo, alla croce della redenzione è nata una famiglia. Voi siete una famiglia composta di fratelli e sorelle, nonostante tutto. Tutti approfittano di questa fratellanza umana e cristiana per crescere attorno alla croce. Anche i nomadi, che sembrano stranieri a causa della loro lingua, si trovano all'interno di questa fratellanza, di questa fraternità umana e cristiana che cresce qui, in questa parrocchia dedicata a Maria, Madre del Redentore”<sup>10</sup>.

Vivevano, in quegli anni, a Tor Bella Monaca circa 600 nomadi: rom provenienti per lo più dalla Jugoslavia, e sinti. Alcuni sostavano con le loro roulotte proprio nell'area verde che confinava con la parrocchia e altri si erano stabiliti in aree libere del quartiere.

Già in una visita pastorale nel gennaio 1984, presso la parrocchia Santa Rita, nel quartiere, il Papa aveva avuto occasione di salutare i nomadi accampati in un parcheggio vicino. Egli stesso, con un'iniziativa fuori programma non prevista dal protocollo, prima di arrivare alla parrocchia, aveva fatto fermare il corteo di auto e si era avvicinato al campo per salutare le famiglie che lo avevano accolto molto calorosamente. Un gesto affettuoso, in controtendenza con il pregiudizio.

In questa seconda visita nel quartiere alla parrocchia di Santa Maria Madre del Redentore era stavolta previsto anche un incontro del Papa con alcuni rappresentanti delle famiglie rom.

“L'atteso incontro con alcuni rappresentanti degli zingari di Tor Bella Monaca avviene in una saletta, con don Matteo Zuppi<sup>11</sup>, il sacerdote della Comunità di Sant'Egidio che aiuta il parroco don Mario con gli zingari. Sono una ventina i nomadi rappresentanti delle diverse famiglie che compongono la

comunità dei 600 stabiliti nel quartiere. La loro provenienza è illustrata al Papa da una giovane di Sant'Egidio. Emerge una vita dura, amara, resa quasi impossibile a volte proprio dal rifiuto della convivenza e dell'ospitalità”.

Anche recentemente il quartiere è stato al centro dell'attenzione delle cronache cittadine per episodi di intolleranza e aggressività nei confronti degli zingari. Un'altra presenza in quella saletta riporta però alla memoria un episodio del quale recentemente si sono occupate le cronache cittadine: quella dello zio e del papà di una vittima innocente. “Si è trattato di un episodio drammatico – ricorda chi interviene – quanto assurdo, che ha suscitato pietà frammista a rabbia per quel che si poteva fare per evitare la tragedia e che invece non si è fatto: solo 9 giorni fa, proprio a quattro passi dalla parrocchia il piccolo Elvis, di 9 mesi, è morto bruciato nel rogo della sua misera roulotte. Sarebbe bastata una fontanella alla quale attingere acqua per domare le fiamme a strappare alla morte la sua giovane ed innocente vita; ma forse non sarebbe bastata poiché quel che manca è la linfa vitale dell'amore per tutti gli uomini, senza distinzioni di classe, di razze o di religione”.

“Noi chiediamo solo di vivere in pace e di essere accolti come tutti gli altri” dice al Papa, Moussa, il più anziano della delegazione. “Siamo usciti dalla Jugoslavia tanti anni fa. Vorremmo poter lavorare come tutti e vorremmo che i nostri figli potessero avere un'istruzione”. Moussa parla in uno stentato italiano ma i suoi occhi lucidi parlano molto esplicitamente. Vogliono donare al Papa le poche cose che hanno: un cestino di uova, un disegno fatto dai bambini della scuola, alcuni vasi di rame con dentro due fiori finti”<sup>12</sup>.

La risposta del Papa è affettuosa e paterna:

“Alcuni di voi ho già potuto abbracciarli fuori, all'inizio della visita. Qui ora voglio salutare attraverso voi tutti gli abitanti di questo quartiere di Roma. Sono contento che la Chiesa di Roma ha trovato il modo di incontrarvi, di interessarsi dei vostri problemi, di aiutarvi e soprattutto di inserirvi nelle comunità parrocchiali così come si vede qui. Quando ha parlato la ragazza che vive accanto a voi, mi sono venute in mente le donne che hanno accompagnato la Pasqua di Cristo: sono state le prime al sepolcro e sono state le prime ad essere andate dagli apostoli a dire: è risorto! Ma prime sono state a sentire il messaggio della Pasqua: è risorto. Allora la carità, l'amore è sempre più veloce ad arrivare della giustizia. Sappiamo bene che i sistemi della giustizia, dello Stato, sono molto lenti, a volte anche troppo lenti; ma la carità deve essere svelta; e tra voi si è dimostrato che la carità è svelta, è rapida. L'uomo può dire, deve poter dire: Cristo è risorto. È una parola chiave del nostro vivere, del nostro operare, ma soprattutto del nostro amore fraterno. Io vi auguro che almeno questa carità non manchi mai tra voi, soprattutto in questo momento in cui non si sa bene ancora come andranno a finire i programmi civili, come sarete sistemati. La carità non deve mancare”<sup>13</sup>.

Alla fine della visita pastorale il Papa incontra i giovani accorsi numerosi per ascoltarlo.

“Dovunque andiamo noi giovani di Tor Bella Monaca siamo etichettati perché siamo abitanti di questo quartiere”: è la constatazione realistica fatta da una ragazza del gruppo Giovanissimi di Azione Cattolica. Questa frase rivolta al Papa sintetizza bene lo stato d'animo in cui vivono i giovani del quartiere. C'è la droga, la delinquenza, certo, ma Tor Bella Monaca non è solo questo. I moltissimi giovani radunati nella grande sala sotto la chiesa: ACR, Scout, giovani della Comunità di Sant'Egidio vogliono raccontare al Papa che a Tor Bella Monaca c'è spazio per l'amicizia, per la solidarietà”<sup>14</sup>.

“.....Voi cantate “non deve finire la festa, non deve finire quello che porta la gioia, che porta la speranza, che porta la fraternità”, come non deve finire questo incontro. Ma altrettanto bene poi cantate “ma questa festa siamo noi” (...) Dunque la festa siamo noi; la festa dipende da noi, perché noi possiamo continuare nella festa, possiamo portare in noi il messaggio della Pasqua di Cristo e così portare la vita al mondo (...). Voglio augurare a tutti voi giovani di rimanere la “festa”, e di rimanere questa festa attraverso tutto ciò che costituisce, compone la vostra giovinezza, le esperienze di questa carissima Comunità di Sant’Egidio, le esperienze artistiche della corale, le esperienze dell’Azione Cattolica Ragazzi. Penso così di aver dato una risposta anche alle domande fatte da una ragazza dell’ACR. Voi giovani, attraverso tutte le vostre esperienze specifiche, comunitarie, personali, dovete rimanere “la festa”, dovete essere “la festa”, dovete portare in voi la Pasqua di Cristo, come gli apostoli, e così la nostra festa non finirà. Vi auguro questo. Lo auguro a questa parrocchia giovane affinché possa vivere nella festa, nella Pasqua, nella risurrezione di Cristo, e possa guardare verso il suo futuro con Cristo risorto come hanno guardato gli apostoli nonostante tutte le difficoltà, nonostante tutto il deserto del mondo. E vi auguro di portare questa testimonianza e di far vivere con la stessa testimonianza, con la stessa Pasqua di Cristo le altre persone, e tutti quelli che vivono forse molte volte abbandonati, disprezzati, discriminati”<sup>15</sup>.

L’incontro con il Papa rappresenta un evento eccezionale per un quartiere che sentiva il peso di un giudizio negativo e che soffriva per la constatazione quotidiana di essere dimenticato. Il Papa nei suoi interventi indicò per tutti un futuro di possibile convivenza e di incontro umano.

Purtroppo, nei primi mesi del 1988, tutti i campi nomadi vengono sgomberati e le famiglie allontanate senza destinazioni precise. Nascono spontaneamente, da questa diaspora, molti altri campi a Roma. La Comunità di Sant’Egidio l’ha valutato molto negativamente.

Nel quartiere hanno preso vita nel tempo numerose esperienze di aiuto e di accoglienza.

Dalla parte opposta del Viale di Tor Bella Monaca, in Via dell’Archeologia, da più di venti anni sorge una casa e centro di accoglienza delle suore Missionarie della Carità che ospitano circa 15 giovani donne con i loro figli. Le suore, nel quartiere, sono molto conosciute visitano spesso le famiglie più in difficoltà.

L’altra parrocchia, Santa Rita, è nel cuore della zona più vecchia di Tor Bella Monaca. Quando hanno iniziato ad edificare le nuove case popolari e sono poi arrivati i nuovi abitanti, la parrocchia ha visto quasi raddoppiare la popolazione di riferimento.

Ospita numerosi gruppi ecclesiali e attività di vario genere. Ha recentemente ampliato i locali dedicando uno spazio particolare al Centro di Ascolto della Caritas per il sostegno agli italiani e agli immigrati che chiedono aiuto per i generi alimentari, il vestiario e il lavoro.

L’ambito delle Caritas parrocchiali è un punto di riferimento per molti nella zona, che sanno di trovare in questi servizi una risposta, un aiuto concreto.

Nel territorio della parrocchia di Santa Rita si incontrano i primi abitanti del quartiere con i nuovi arrivati “quelli delle case popolari”. La convivenza non è sempre facile e alcuni si rifiutano di frequentare o attraversare determinate zone della parte costituita dalle case popolari perché ritenuta insicura. Gli stessi pregiudizi di chi non vive a Tor Bella Monaca sono espressi anche da chi vi abita. Si prendono le distanze da quelli che risiedono nella parte più nuova anche se la distanza fisica reale non supera i 200 metri e molte persone si conoscono bene.

## Crescere in fretta può nascondere cose buone

Nella classificazione toponomastica dell’amministrazione Capitolina Tor Bella Monaca “non esiste” ed è incluso nella zona di Torre Angela, con cui confina in parte.

Complessivamente gli abitanti di questa porzione di territorio sono: 79.973, nella zona di Tor Bella Monaca (la parte di edilizia residenziale pubblica) vivono circa 28.000 persone.

Il quartiere di Tor Bella Monaca è all’interno del Municipio VIII, che è denominato “la Roma delle Torri” perché molti quartieri hanno il nome di una torre. La popolazione complessiva del Municipio è di 243.922 residenti. È il Municipio più popoloso di Roma.

È la parte più giovane della città. Infatti l’indice di vecchiaia in questa zona è 120 mentre nei Municipi “più anziani” è 230<sup>16</sup>.

Il 34,5% della popolazione del Municipio è al di sotto dei 29 anni e il 18,3% è composto da giovani fino a 14 anni.

La percentuale media cittadina degli ultra 65enni è del 21,25% mentre nella zona in questione (Tor Bella Monaca – Torre Angela) la fascia d’età degli ultra 65enni è del 13,72%. Anche gli anziani ultra 75enni sono in percentuale minore rispetto al resto della città. La media cittadina è del 10,52% a fronte di una percentuale nella zona del 6,08%.

Il livello di istruzione dei cittadini residenti nel Municipio VIII è più basso rispetto alla media cittadina. Solo il 25,69% di diplomati a fronte del 34% nella media della capitale. I laureati sono il 3%, rispetto ad una media cittadina corrispondente al 14,9%. Una situazione che non sembra migliorare.

I dati dell’abbandono scolastico sono allarmanti: 15% rispetto al 9% della città nel suo complesso<sup>17</sup>. Molti dei giovani che lasciano definitivamente la scuola dell’obbligo, vivono a Tor Bella Monaca. Una delle cause che determinano questa situazione, aldilà del diffuso disagio sociale, è l’oggettiva carenza del numero di scuole secondarie. Nel quartiere c’è un solo istituto superiore, il Liceo Scientifico Statale Edoardo Amaldi. Per la scuola dell’obbligo ci sono due scuole medie, una di questa articolata in tre plessi, e tre scuole elementari, di cui una con un plesso distaccato dalla sede centrale.

Di conseguenza i giovani, già all’età di 14 anni, sono costretti, per continuare gli studi, a spostarsi in altri quartieri e in altri Municipi, affrontando non poche difficoltà a causa della insufficiente rete di trasporto urbano e del traffico intenso sulle vie consolari. Ore di vita. La vita di qua e la casa di là.

In una ricerca dell’Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio del 2003 è stato evidenziato come a Roma la più alta percentuale di mortalità, nella popolazione anziana ultra 65enne. È stata rilevata proprio nel Municipio VIII.

L’ipotesi più plausibile è che questo dato possa avere una possibile correlazione proprio con la situazione più svantaggiata in termini di reddito e condizioni di vita della zona. A Roma il tasso “grezzo” di mortalità per mille abitanti, tra gli ultra 65enni è stato pari al 41,6. Nel Municipio Centro Storico i valori sono inferiori alla media – 35 per mille – mentre nell’VIII sono molto superiori alla media più del 50 per mille<sup>18</sup>.

Nel Municipio VIII il numero di cittadini stranieri residenti è di 21.240: tra i più alti dopo il Municipio Centro Storico. La prima comunità straniera, dal punto di vista numerico, è rappresentata dai romeni.

Tutta la zona è in grande espansione, anche in previsione del nuovo percorso della metropolitana C con

fermate progettate proprio sulla Via Casilina all'altezza del quartiere di Tor Bella Monaca. Negli ultimi anni sono stati costruiti numerosi edifici che hanno impresso un nuovo sviluppo a tutta la zona.

Da circa 10 anni è attivo il nuovo Policlinico Universitario di Tor Vergata che ha anche un Pronto Soccorso DEA di 2° livello, spesso in difficoltà.

Vicino all'ospedale sorge l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, con più di 40.000 studenti, il secondo ateneo della capitale. Il corpo docente supera attualmente le 1.500 unità, mentre raggiungono quasi il migliaio, tra personale tecnico e amministrativo, i dipendenti occupati al suo interno.

A Tor Bella Monaca è stata costruita, recentemente, una casa dello Studente che ospita i giovani fuori sede che frequentano la vicina università.

Nel dicembre 2005 è stato aperto il Teatro Tor Bella Monaca, grazie al sostegno del Comune di Roma, dell'Ente Teatrale Italiano, della Regione Lazio e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata: un evento culturale importante per tutta la zona.

A proposito dei nuovi sviluppi urbanistici della zona, è necessario qui ricordare, in breve, il nuovo piano di Roma Capitale per la riqualificazione del quartiere di Tor Bella Monaca.

Nell'estate del 2010 il sindaco di Roma annuncia a sorpresa un piano eccezionale per cambiare radicalmente la struttura del quartiere, azzerando il vecchio per creare un nuovo quartiere: demolizione di tutte le case di edilizia residenziale pubblica, a cominciare dalle 14 torri, e la ricostruzione di un quartiere modello con palazzine di 4 piani e infrastrutture che la rendano più vivibile.

Il 5 novembre 2010 il sindaco presenta il piano alla cittadinanza. Per la progettazione del piano è stato incaricato un architetto lussemburghese, di fama internazionale, Léon Krier, che offre a titolo gratuito la sua collaborazione.

Il piano di demolizione e ricostruzione si prevede che avrà un costo complessivo di 1 miliardo e 45 milioni di euro. L'operazione, per avvenire, deve essere a costo zero per l'amministrazione Capitolina perché se ne faranno carico i costruttori privati. In cambio però sarà loro assegnata una rilevante superficie edificabile. La previsione è che dagli attuali 28.000 abitanti si arriverebbe ad una presenza di 44.000 residenti. Quasi il doppio dell'attuale popolazione. Il piano non prevede, in quella fase, finanziamenti adeguati alla realizzazione dei servizi necessari in proporzione alla previsione di crescita della popolazione, così rilevano i media che raccontano all'opinione pubblica il progetto.

Il 16 febbraio 2011 la Giunta capitolina approva la delibera d'indirizzo che contiene la variante urbanistica al piano di zona, con 125.050 metri quadri di superficie edificabile in più (da 62 mila metri quadri triplicata a circa 185 mila). Questa prima variante urbanistica riguarda solo il comparto R8 dove vivono circa 2.500 persone. I costruttori privati edificeranno nuove abitazioni in un'area limitrofa per le famiglie già residenti e avranno in disponibilità gratuita altre aree edificabili (compreso il terreno su cui è stato edificato il comparto R8) per la realizzazione di nuovi alloggi. Il termine ricorrente, più che riqualificazione è "densificazione" perché il numero degli abitanti, solo in questa parte dell'attuale quartiere, verrebbe quasi triplicato<sup>19</sup>.

È singolare, a prima vista, la scelta di iniziare la demolizione a partire dal comparto R8, composto da sei palazzine di 4 piani ciascuna e 4 torri, situato su una strada piena di negozi e servizi, nell'area di confine con le case private del quartiere e un affaccio su Largo F. Mengaroni. Forse uno degli insiemi di abitazioni con migliore ubicazione rispetto alla vita del quartiere, di certo non la parte più degradata. Le sei palaz-

zine, poi, hanno lo stesso numero di piani di quelle che si vorrebbero ricostruire. La posizione dell'R8, a dieci minuti a piedi dalla Via Casilina e dalle future fermate della metro C, lo rendono una delle aree più interessanti del quartiere.

Il piano complessivo prevede un aumento delle cubature che passeranno dalle attuali 228mila a 678mila (circa 450mila cubature "premiali"). Anche qui un incremento del 200%.

Sono numerosi gli aspetti positivi che vengono sottolineati nella presentazione del piano.

"Tra gli aspetti concretamente innovativi del masterplan, da sottolineare la tecnica della "demolizione programmata": niente cariche esplosive per buttar giù i vecchi edifici in un sol colpo, ma una più lenta demolizione pezzo per pezzo con mezzi esclusivamente meccanici. I vantaggi: si possono selezionare e riciclare i materiali di risulta (ferro e cemento armato) con un impianto di riconversione sul posto; si evita ai residenti l'"apocalisse" delle esplosioni e delle polveri"<sup>20</sup>.

Aldilà della rassicurazione per una demolizione senza "l'apocalisse delle esplosioni" restano dei seri interrogativi sia sulla reale sostenibilità economica del piano sia sulla sua efficacia nel raggiungere l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei residenti.

Se questo bastasse a risolvere i conflitti sociali che emergono nel quartiere e le difficoltà quotidiane di migliaia di persone che vivono al di sotto della soglia di povertà, sarebbe tutto fin troppo semplice. Non c'è dubbio, qualunque sia l'opinione sulla "classificazione" che il raddoppio o la triplicazione rapida degli abitanti appare come un punto interrogativo, considerate le esperienze precedenti.

Una commissione di docenti universitari e architetti organizzata dal Dipartimento Architettura e Progetto della Sapienza ha effettuato un sopralluogo a Tor Bella Monaca per verificare la fattibilità del piano di ricostruzione. "Gli edifici non sembrano affatto peggiori di molti nell'immensa periferia romana"<sup>21</sup>. È il parere finale. Come umanizzare?

La nuova Tor Bella Monaca potrebbe creare un rilancio, almeno parziale, del comparto edilizio, ma non sembra contenere la chiave per una reale umanizzazione della vita del quartiere.

Cambiare il "mattoncino" è un'idea, ma costruire quotidianamente spazi di incontro e di solidarietà che cambino il destino di marginalità ed esclusione di tanti giovani, adulti e anziani, sembra una strada che non si sa percorrere. Certamente Tor Bella Monaca necessita di interventi urgenti di manutenzione ordinaria e straordinaria delle abitazioni e delle strade. Manca la cura del verde pubblico e la realizzazione di nuovi spazi verdi. Forse le uniche che riescono a godersi il verde sono le pecore che pascolano indisturbate nei prati attraversati dal Viale di Tor Bella Monaca. L'illuminazione pubblica in alcune zone è inesistente. Le condizioni igieniche del quartiere sono pessime ed è raro vedere operatori dell'AMA al lavoro. Di certo taxi pochi ed è troppo costoso arrivare in centro. Chiunque arrivi dalla zona di Tor Vergata resta colpito dalle rotonde e dalla perdita di senso di orientamento. E si potrebbe continuare con una lunga lista.

Demolire non appare come la risposta più ragionevole ai tanti problemi che esistono e che pesano quotidianamente sulla vita di centinaia di famiglie. Di certo, al di là della "proverbiale" ed in assenza di edilizia pubblica e liste infinite di attesa sfugge il motivo per cui solo le case di Tor Bella Monaca risulterebbero invivibili, se analoghe a quelle di altri quartieri, e non, invece, l'assenza di servizi e manutenzione.

Un quartiere è anche il vissuto di migliaia di persone, sono storie comuni, reti di rapporti e conoscenze che significano tanto per la vita di ognuno.

Fino ad oggi, il piano ha suscitato molte polemiche, sta sui tavoli dei tecnici e degli esperti. Per ora di demolizioni si è vista solo quella, parziale, dell'edificio in Via dell'Archeologia, dove fino a circa 15 anni fa, c'erano il mercato e la farmacia comunale. Da quando i servizi sono stati spostati, l'edificio è rimasto un rudere abbandonato. Dalla precedente consiliatura era stato avviato un progetto di demolizione: finalmente, nel marzo 2012, all'idea è seguita l'azione.

Numerosi sono gli interventi urgenti per migliorare il quartiere, che potrebbero risolvere anche alcuni conflitti e problemi che l'affliggono da sempre. Uno di questi, ad esempio, è il problema dell'occupazione delle case. Un numero considerevole di primi assegnatari delle case popolari non c'è più. In quasi 30 anni molte situazioni familiari sono cambiate: gli anziani di allora sono scomparsi, i loro figli sono sposati e alcuni si sono trasferiti altrove, gli adulti di ieri oggi sono anziani.

In questo periodo di tempo sono pochissime le abitazioni riassegnate regolarmente, la grande maggioranza di queste è stata occupata. Si è trattato di occupazioni realizzate anche mentre l'assegnatario era in vita, magari temporaneamente assente perché ricoverato in ospedale o in vacanza. Questa situazione di pericolo ha indotto molti, soprattutto anziani e disabili, ad evitare il più possibile di allontanarsi dalla loro abitazione. Molti vivono in una condizione di paura e incertezza. In alcuni casi gli anziani sono stati istituzionalizzati perché potessero lasciare la casa ai nipoti. In altri casi i vicini, creando intorno ad un anziano un clima di ostilità, lo hanno costretto, per paura, ad abbandonare la casa.

Vere e proprie forme di violenza sono state lasciate crescere e proliferare. Quando lo Stato e l'Amministrazione si ritraggono, comunque siano le case, si creano altre regole e, fuori dalla legalità, si affermano i racket organizzati. La gestione del quartiere viene "privatizzata". Roma Capitale non amministra più il proprio patrimonio, non ne conosce l'attuale destinazione, non riesce a farsi pagare i canoni di affitto.

Tor Bella Monaca è conosciuta proprio per gli episodi di violenza più mediatizzati e rappresentati come una malattia endemica, impossibile da sradicare. Occorre però analizzare con attenzione le cause di questa violenza senza escludere a priori le responsabilità personali di ciascuno e le tante occasioni mancate per cambiare la vita del quartiere. Non è una violenza senza nome e con un nome collettivo. Non è pensabile che a Roma si possa lasciare radicare una "terra di nessuno" senza rassegnazioni colpevoli o complicità di fatto da parte di chi esercita l'autorità e la responsabilità della convivenza civile, delle regole che proteggono legalità e sicurezza di tutti.

Sono inadeguati gli interventi spot delle forze dell'ordine che non possono far fronte da sole ad una situazione così complessa. L'amministrazione pubblica ha sempre dichiarato di poter garantire la sicurezza e periodicamente, in particolare a ridosso di qualche evento criminoso, dispiega nelle strade del quartiere, ben visibili, le forze dell'ordine. Il giorno successivo tutto torna come prima.

I primi a capirlo sono i protagonisti delle piccole e grandi angherie quotidiane. Occorre togliere spazio vitale alla violenza che sottrae i ragazzi alla scuola proponendo loro modelli che sembrano vincenti e che crea conflitti e divisioni tra le famiglie. La sicurezza da ricercare è quella che sconfigge l'isolamento in cui vivono tante persone: malati psichici, anziani.

La vera insicurezza è l'incertezza sul futuro: unica prospettiva di tanti giovani che crescono nella strada senza speranze e proposte. Una condizione difficile da sopportare per esistenze fragili, che sentono il peso di una vita che non ha valore per nessuno e che si sentono isolati. In questi anni, troppi giovani del quar-

tiere si sono tolti la vita, alcuni gettandosi dalle torri, come ultimo gesto disperato di protesta. Occorre lasciarsi interrogare da queste morti, almeno in questo rapporto sulla povertà. Anche altri tragici episodi di violenza accaduti in questi anni. Tra questi la storia di Saba Chierigatti, una giovane di 24 anni madre di due bambini, accoltellata da un'anziana 80enne che abitava nel suo stesso condominio il 29 maggio 2009. Una lite scatenata per un uovo gettato contro l'abitazione dell'anziana e l'ennesima discussione con la giovane che aveva provato a chiarire la situazione bussando alla sua porta. La solitudine e i difficili rapporti con i vicini – una catena amplificata, fino a diventare insopportabile nell'isolamento dell'anziana – avevano deformato la realtà e facevano vivere la donna con la sensazione costante di essere assediata e minacciata. Fino al gesto folle di quella sera. L'intervento della polizia ha sottratto l'anziana ad un possibile linciaggio. Viene reclusa a Rebibbia e definitivamente allontanata dalla sua abitazione. In quell'occasione moltissime persone del quartiere si sono strette intorno al dolore della famiglia di Saba. Nei giorni successivi una preghiera in suo ricordo nella Casa della Comunità di Sant'Egidio a Via dell'Archeologia ha raccolto le domande e il disorientamento di tanti per un gesto così assurdo e terribile.

Un'altra storia di violenza nell'agosto 2009 ha visto coinvolta una famiglia di Tor Bella Monaca e un giovane bengalese, Abdul Latif, di 34 anni, che vive in Italia dal 2003 e lavora presso un negozio di frutta e verdura nel quartiere. Lui viene accusato dal padre di una adolescente di aver molestato la figlia e per questo è violentemente picchiato. Le "voci di quartiere" coprono quasi sempre altro. Nei giorni successivi al pestaggio si scopre che l'uomo che lo aveva aggredito, pretendeva di portare via, senza pagare, una certa quantità di generi alimentari che aveva preso nel negozio. Abdul Latif, dopo un periodo di ricovero in ospedale, spaventato dell'accaduto si allontana dal quartiere. Ci torna solo a Ferragosto per pranzare insieme agli anziani della Comunità di Sant'Egidio che lo invitano per mostrargli la loro amicizia e solidarietà<sup>22</sup>.

### **Accompagnare e sparire? La sfida per le istituzioni e il privato sociale**

Nel quartiere è collocata la sede del Municipio Roma delle Torri. Al suo interno hanno sede gli uffici anagrafici, tecnici, politici e il servizio sociale.

Gli interventi dedicati alle persone in difficoltà sono gli stessi previsti in ogni Municipio di Roma, ma forse qui la povertà e il disagio diffusi evidenziano, in modo particolare, l'inadeguatezza radicale delle risorse messe in campo, rispetto alla dimensione reale del bisogno di aiuto. La solitudine degli anziani a Tor Bella Monaca rischia di avere conseguenze più gravi. Che si fa allora? Si invocano a ondate provvedimenti speciali quando l'opinione pubblica è turbata. Ovunque, da sempre. In realtà non servono, anche se la parola emergenza da anni è evocata ogni volta che c'è un problema difficile. Si dice "emergenza freddo", ma è uno dei fenomeni più prevedibili della vita, avviene tutti gli anni, d'inverno. Come l'invecchiamento, che arriva per tutti. Ma non è impossibile immaginare che di fronte al deterioramento della convivenza e alla crescita di problemi sociali, un cumulo e un groviglio che si autoalimenta, occorranza interventi, risorse, iniziative più massicci.

Due esempi: l'assistenza domiciliare agli anziani e i contributi economici (i dati si riferiscono all'anno 2009 e all'area dell'intero Municipio).

Gli anziani in assistenza domiciliare sono circa 250, lo 0,77% del totale degli ultra65 residenti nella zona mentre quelli in lista d'attesa sono quasi 500. Per essere ammessi all'assistenza domiciliare si può attendere anche 5 o 6 anni.

Gli interventi economici in favore di minori, adulti e anziani sono complessivamente 1.193, una cifra che rappresenta 0,48% dell'intera popolazione residente nel Municipio.

Il Municipio VIII ha il maggior numero di minori in affidamento e un numero considerevole di minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, ben 767.

Affiancano il servizio sociale territoriale, con progetti finanziati, numerose associazioni e cooperative che intervengono in tutte le aree del disagio e con tutte le fasce d'età. Occorrerebbe una visione strategica "sociale", forse, e meno e non soltanto una visione strategica "edilizia". Interventi straordinari e mirati e coordinati in un piano di breve e lungo periodo possono creare anche occupazione e contrastare l'idea la realtà del degrado inevitabile.

### La Comunità di Sant'Egidio nel quartiere: cambiare è possibile

La Comunità di Sant'Egidio è presente nel quartiere dai primi anni '80, quando cioè venivano assegnati i primi alloggi popolari. In uno spazio verde messo a disposizione dalla Parrocchia Santa Maria Madre del Redentore, due autobus dall'ATAC in disuso, dipinti e attrezzati al loro interno, rappresentano la prima "sede" e lì inizia un doposcuola nel quartiere con i bambini più svantaggiati. Negli anni cresce la presenza nel quartiere con le famiglie in difficoltà, i bambini, gli anziani soli e i disabili.

Nel febbraio 2008 il Comune di Roma affida alla Comunità di Sant'Egidio alcuni locali in Via dell'Archeologia dove poter svolgere le attività fino ad allora ospitate nelle due parrocchie della zona. La nuova sede, la "Casa della Comunità" è all'interno del comparto R5, una delle aree più povere e "difficili" del quartiere. Subito la nuova presenza suscita una certa curiosità nelle famiglie che abitano vicino. Chi scrive questo Rapporto ricorda alla fermata dell'autobus, davanti alla sede, due signore che commentavano: "Finalmente non siamo più abbandonati, è arrivata la Comunità di Sant'Egidio!". E un altro che diceva: "Non credo che riuscirete a resistere lì in quella zona!". Rapporti di simpatia e amicizia con molti abitanti dei cosiddetti "palazzoni" non erano una missione impossibile. Prendono il via tante diverse attività che iniziano a coinvolgere decine di persone. Simbolo controcorrente è un luogo, un museo d'arte sperimentale, che viene creato e animato nei nuovi locali. Il Laboratorio Museo di Arte Sperimentale degli Amici, artisti disabili, è uno degli eventi culturali degli ultimi anni a Roma. Gli artisti spongono al Quirinale per i 150 anni dell'Unità d'Italia e sono al centro di un evento speciale alla Biennale di Venezia. Il loro Museo e spazio di attività ed espositivo è a Tor Bella Monaca.

"In un'area della capitale spesso al centro della cronaca solo per il disagio sociale, il Laboratorio Museo è una sfida e una grande occasione: un luogo culturale, di educazione alla pace, alla convivenza tra persone diverse nella convinzione che la bellezza artistica sia fonte di una nuova cultura del rispetto della diversità e del dialogo"<sup>23</sup>.

Gli Amici studiano, comunicano e creano: utilizzando tecniche e materiali diversi, cercano e trovano canali comunicativi non abituali giungendo, con la creazione di opere pittoriche ed installazioni, ad una sintesi iconografica del proprio pensiero.

Il Museo espone le opere degli "Amici" realizzate su temi diversi. Le scuole del quartiere, dalle elementari agli istituti superiori, vengono in visita al Museo. Gli studenti incontrano gli artisti che spiegano il significato delle opere esposte e le tecniche utilizzate. I giovani ascoltano e mentre si interessano a temi di attualità rappresentati nelle opere, dall'Africa alla condizione dei bambini nel mondo, alla celebrazione dei 150 anni per l'Unità d'Italia, scoprono la profondità e la ricchezza umana degli artisti che incontrano che dà spessore alla qualità, già evidente, delle opere. Queste esperienze lasciano un segno nella vita dei ragazzi e gli stessi professori rimangono stupiti per l'interesse che dimostrano. Alessandro, studente del Liceo Scientifico Amaldi scrive così, nel novembre 2009, sul giornale della scuola dopo aver visitato il Museo con i suoi compagni:

"Siamo noi le canne d'organo che vibrano di pace. Un pezzo squadrato di gommapiuma intriso di colore blu, colore che gronda costantemente ed è raccolto in un secchio: è *l'Africa spremuta*. È una terra lontana, blu, meravigliosa e sfruttata dal mondo occidentale. Un leone nasce da una pentola per le caldaroste; un ominide, Lucy, riprende vita da un divano e poi stoffe, capulane, cortecce, esplosioni di colori, tra le emozioni di Pollock, materiali degni del Dadaismo e i colori degli espressionisti. Ma dove trovare queste immagini? In primo luogo nei cuori di artisti veramente speciali, in secondo luogo, uno fisico, nel Museo-Laboratorio di Arte Sperimentale in Via dell'Archeologia, non molto lontano dal nostro liceo (...). Un posto da visitare, per provare emozioni come quella del titolo, frase di Gabriele riguardo al conflitto Hutu-Tutsi, ma anche e soprattutto per conoscere e riflettere sui problemi del mondo, per incontrare l'arte di persone di una sensibilità liberata e straordinaria, per sostenere un altro piccolo grande orgoglio del nostro quartiere".

Dal giorno in cui il Museo è stato inaugurato, il 16 ottobre 2008, sono passati più di 6.000 visitatori. (Occorre ricordarsi che a Tor Bella Monaca ci si arriva a fatica, ancora è un viaggio). La Casa della Comunità è un luogo per tutti, dove si incontrano generazioni diverse, persone di diversa provenienza ed estrazione sociale, dove non c'è chi aiuta e chi è aiutato, ma ognuno è parte di una famiglia umana che non esclude nessuno. Intorno a questo ambiente è cresciuto negli anni un movimento di giovani, adolescenti e giovanissimi che si impegnano in diverse iniziative.

Ogni settimana una ventina di studenti liceali offrono il loro tempo per aiutare più di 40 bambini alla Scuola della Pace. Qui studiano e giocano insieme bambini italiani, stranieri e rom del campo di Via di Salone che frequentano con successo le scuole della zona.

I giovani promuovono incontri, conferenze, marce contro la violenza: il 1 dicembre 2011 più di 500 ragazzi delle scuole medie e superiori si sono incontrati per parlare della pena di morte<sup>24</sup>.

Il 2 marzo 2012 una fiaccolata silenziosa ha attraversato le vie principali di Tor Bella Monaca per ricordare Arianna, Emilia, Mario, Matteo e Mattia, i 5 giovani del quartiere morti a febbraio, in un tragico incidente stradale. Al corteo organizzato dalla Comunità di Sant'Egidio e dalla parrocchia di Santa Rita, hanno partecipato le famiglie dei ragazzi, seguiti dagli amici, dai colleghi di lavoro ma anche dai tanti che, da ogni parte di Roma, hanno voluto esprimere la loro vicinanza ai familiari. In ricordo dei 5 ragazzi è stato piantato un albero nel giardino dell'oratorio: l'"albero dell'amicizia".

Nel corso dell'iniziativa la Comunità di Sant'Egidio, insieme alle famiglie dei 5 ragazzi, ha proposto due premi per ricordarli: "Torbellamonaca come io la sogno", dedicato ai più giovani e "Il più bel gesto di solidarietà a Torbellamonaca" per i più grandi.



In tanti hanno scelto di partecipare al concorso esprimendo il desiderio di non voler lasciare cadere un velo di silenzio e di oblio su un dolore così grande, ma piuttosto donando ognuno le proprie parole e il proprio impegno per realizzare il sogno di un futuro diverso per tutti.

Dalle esperienze più diverse emerge tra i giovani tanta voglia di vivere e di cambiare la fisionomia grigia di un quartiere che vorrebbero più vivo e solidale: anche attraverso la musica hanno espresso le loro speranze e attese. Al Concorso Play Music Stop Violence Fest 2012 organizzato dalla Comunità di Sant'Egidio a marzo, tra i 22 gruppi musicali partecipanti, 3 erano di Tor Bella Monaca. Il primo premio l'hanno vinto i "Number 29", giovani musicisti tra i 16 e i 18 anni di vari istituti di istruzione secondaria di Tor Bella Monaca e di Borghesiana, con la loro canzone "Hear me".

I giovani scoprono il gusto di impegnarsi concretamente per iniziare a realizzare un mondo più giusto e così più di 20 adolescenti tra gli 11 e i 15 anni che vivono a Tor Bella Monaca, vanno regolarmente a visitare gli anziani in un istituto di Borghesiana. Per loro suonano, cantano, preparano dolci e soprattutto dedicano il tempo ad ascoltarli confortando un po' la loro solitudine.

Occorre lavorare, avvicinarsi, parlare, offrire alternative, accompagnare, proporre e creare bellezza, umanità, relazioni umane, futuro. Ora è possibile. Le cose cambiano. Anche se la crisi economica pesa sempre di più anche su molte famiglie del quartiere. Molti, per risparmiare, hanno rinunciato ad utilizzare il riscaldamento in casa. Gli anziani si privano sistematicamente di alcuni generi alimentari più costosi come la carne, il pesce, la frutta. Agli orari di chiusura dei mercati e dei supermarket molti si avvicinano a chiedere gli avanzi e gli scarti. Per questo la "Casa della Comunità" è anche il luogo dove anziani e non si radunano la domenica per il pranzo. Altri più giovani distribuiscono generi alimentari e preparano dei pasti caldi che poi consegnano a molte persone che vivono per strada nella zona: lavoratori e madri di famiglia del quartiere si preoccupano di preparare una tavola più larga della propria dove far spazio a chi ha la strada come unico luogo di vita. Chi fa tutto questo sono abitanti di "Tor Bella Monaca", di certo non benestanti.

La Casa della Comunità è una risposta anche a tanti anziani e loro famiglie che si trovano ad affrontare i problemi della malattia e della disabilità senza sufficiente aiuto. Per questo da più di un anno è aperto un Centro pomeridiano che ospita anziani con difficoltà di orientamento e problemi di memoria. Il Centro è un'occasione per trascorrere il tempo in compagnia, svolgere attività motorie, dedicarsi ad impegni diversi e cucinare. Un luogo terapeutico intelligente – caldo – e gli anziani riconquistano gli obiettivi, si orientano affettivamente e nella settimana preparano la merenda per i bambini della Scuola della Pace che vengono a trovare gli anziani dopo aver studiato. È sempre un momento di festa e di incontro. Interazione tra le generazioni e festa.

Queste sono solo alcune delle numerose storie e delle attività che si potrebbero raccontare e che mostrano un volto diverso del quartiere, sicuramente quello più vero. La vita di tanti cambia, i rapporti tra le persone cambiano e questo muove anche altri a lasciarsi contagiare da una vita più bella. E buona.

### Pranzo di ferragosto: ovvero l'arte del convivere<sup>25</sup>

«Ti piace ancora Tor Bella Monaca?» hanno chiesto Angela e Clara ad Abdul facendo gli onori di casa. «Così così - ha risposto il ragazzo, ondeggiando la mano per farsi capire meglio - prima però mi piaceva di più».

Ed è stato allora che tutti i commensali sono scoppiati in una risata che ha sciolto la tensione. E ha fatto dimenticare, per un attimo, la violenza che il bengalese ha subito il 6 agosto a Tor Bella Monaca vecchia: umiliato, sprangato, massacrato con un cacciavite da tre italiani.

Il pranzo di Ferragosto a "Torbella" quest'anno è stato davvero speciale. Al tavolo imbandito nell'ex lavatoio delle case popolari di via dell'Archeologia - locali che la comunità di Sant'Egidio ha salvato dall'abbandono trasformandoli in scuola d'arte per gli handicappati e in punto d'incontro per tutti i poveri che hanno bisogno di aiuto - l'altro ieri c'erano anche Abdul e due suoi amici del Bangladesh. Lui, con ancora i punti in testa e le cicatrici sul fianco destro, era commosso e ancora impaurito. Per quello che gli è successo. E per quello che gli potrà accadere nel quartiere dove vive da sei anni con molti connazionali. «Sono quindici i negozi di bengalesi a "Torbella": bar, internet point, call center, alimentari» elenca orgoglioso. Da "Mollah" il 6 agosto Abdul se l'è vista brutta(...)

Pasta al forno, pollo, patate e insalatina, poi cocomero e gelato. Per i tre bengalesi niente vino né spumante. «Solo aranciata, grazie, siamo musulmani». Sarà che Nicola e Gina vengono da Canosa di Puglia - e che Generoso, siciliano, ha sposato Florika, che è romena - ma nessuno dei nonni di Sant'Egidio ha rinfacciato ai tre bengalesi di essere dei "senza Dio" o di "venire a rubare il lavoro agli italiani". Anzi, mercoledì scorso hanno fatto una veglia di preghiera per Abdul. Ed è lì che è partita l'idea di invitarlo a pranzo. (...)

<sup>1</sup> Eurostat, *Démographie européenne, 502, 5 millions d'habitants dans l'UE 27 au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, Communiqué de presse 110/2011 – 28 juillet 2011.

<sup>2</sup> R. Bracalenti, M.A. Montuori, N. Saraceno, D. Staderini, S. Wallman – *Esquilino Pigneto Due sistemi urbani a confronto* – Edup, Roma 2009. p. 78

<sup>3</sup> Giovanni Berlinguer, Piero Della Seta, *Borgate di Roma*, Editori Riuniti, Roma 1960. Cit. p. 37.

<sup>4</sup> Giovanni Berlinguer, Piero Della Seta, *Borgate di Roma*, Editori Riuniti, Roma 1960. Cit. p. 35.

<sup>5</sup> Una ricostruzione della storia dei due quartieri si trova in: Stefania Ficacci, *Torpignattara, fascismo e resistenza di un quartiere romano*, Franco Angeli, Milano 2007. Vedi anche Francesco Sirleto, *Le storie e le memorie, il Municipio VI del Comune di Roma: un territorio, la sua storia, le memorie dei suoi protagonisti sconosciuti*, Associazione culturale Viavai, Roma 2002.

<sup>6</sup> Il Mausoleo di Sant'Elena sorse negli anni 326-330 d.C. – Sirleto *Le storie e le Memorie* – Viavai Roma 2002.

<sup>7</sup> I dati che seguono sono un'elaborazione della Comunità di Sant'Egidio su dati del Comune di Roma (i dati analizzati fanno esclusivamente riferimento alla popolazione residente).

<sup>8</sup> Tor Bella Monaca occupata dalla mala.

"Tor Bella Monaca i pregiudicati sono una minoranza non censita che si annida nel 30% dei 5.499 alloggi popolari. Via dell'Archeologia è un covo prescelto. È la strada che più di altre ha dato – e dà ospitalità – a criminali di vario calibro. Oppure sono le teste di ponte dei clan a stabilirsi nelle Torri. Così è stato per Gaetano Cirillo, nel gennaio 2009 accusato dai carabinieri del Ros di essere un affiliato ai Senese (vicini ai Moccia) per i quali avrebbe gestito lo spaccio in quella zona. E lo stesso è stato per i Centro, coinvolti nel mese successivo nell'operazione della Finanza: il gruppo camorristico Gallo-Vangone-Limelli procurava lo stupefacente smerciato dai Centro a Tor Bella Monaca e dai Gizzi nel sud Pontino.", Il Tempo, 15.02.2011.

## I POVERI AL TEMPO DELLA CRISI

<sup>9</sup> Tor Bella Monaca, dove la vita è normale. Il racconto di una giovane ricercatrice: “Voglio abitare qui oltre i luoghi comuni”, La Repubblica, 4 settembre 2010.

<sup>10</sup> Dal sito <http://www.vatican.va>

<sup>11</sup> Oggi vescovo ausiliare di Roma per il Centro Storico

<sup>12</sup> ibid

<sup>13</sup> ibid

<sup>14</sup> ibid

<sup>15</sup> ibid

<sup>16</sup> Comunità di Sant’Egidio, *Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio*, Leonardo International, 2011, p. 97.

<sup>17</sup> Roma Capitale, sito istituzionale

<sup>18</sup> ASPLazio, Rapporto sullo stato di salute della popolazione anziana nel Lazio, 2003, p. 21.

<sup>19</sup> P. Berdini, D. Nalbone “Le mani sulla città”, Edizioni Alegre, 2011.

<sup>20</sup> Roma Capitale, sito istituzionale

<sup>21</sup> “Urbanistica Sopralluogo di docenti e architetti ai confini delle tenute di Vaselli. Viaggio a Tor Bella Monaca: insospettabili pregi del mostro”, Corriere della Sera, 14 novembre 2010.

<sup>22</sup> Carlo Alberto Bucci “Noi, tra i violenti di Tor Bella Monaca”, 17 agosto 2009, La Repubblica.

Il pranzo di Ferragosto a “Torbella” quest’anno è stato davvero speciale. Al tavolo imbandito nell’ex lavatoio delle case popolari di Via dell’Archeologia – locali che la Comunità di Sant’Egidio ha salvato dall’abbandono trasformandoli in scuola d’arte per gli handicappati e in punto d’incontro per tutti i poveri che hanno bisogno di aiuto – l’altro ieri.

C’erano anche Abdul e due suoi amici del Bangladesh. Lui, con ancora i punti in testa e le cicatrici sul fianco destro, era commosso e ancora impaurito...Sarà che Nicola e Gina vengono da Canosa di Puglia – e che Generoso, siciliano, ha sposato Florika, che è romena – ma nessuno dei nonni di Sant’Egidio ha rinfacciato ai tre bengalesi di essere dei “senza Dio” o di “venire a rubare il lavoro agli italiani”. Anzi, mercoledì scorso hanno fatto una veglia di preghiera per Abdul. Ed è lì che è partita l’idea di invitarlo a pranzo.

<sup>23</sup> Sito [www.santegidio.org](http://www.santegidio.org)

<sup>24</sup> Melissa Randò, Nuovo Paesesera.it, marzo 2012.

“Grigio. Il mio quartiere è così grigio che i tanti palazzoni disseminati qua e là sembrano slanciarsi verso il cielo e impossessarsi anche del poco azzurro che c’è. Così il cemento si impone sulla natura”.

“Tor Bella Monaca è vivere una continua lotta. Ci sono uomini e donne che lottano per la sopravvivenza in un mondo sempre più inquieto, e i ragazzi che esprimono passioni e malesseri attraverso la musica e sognano di diventare “qualcuno”, per scappare via. Dall’altra parte della medaglia c’è chi lotta per spartirsi il traffico della droga, sempre più articolato, e chi muore freddato da un colpo di pistola. In questa società dove ciò che passa per i grandi canali di comunicazione è soltanto la porzione disonesta, per cosa potrà essere ricordata Tor Bella Monaca se non per le sue scorribande notturne, per le irruzioni della polizia come in un film d’azione americano? Tutto vero, non c’è dubbio. Ma dagli sterpi nasce sempre qualcosa di buono. Tante associazioni di volontariato, tanti giovani s’impegnano per garantire dei percorsi innovativi volti all’integrazione tra le varie parti sociali, dei laboratori sperimentali per i ragazzi. Proprio qui. Lottano anch’essi contro le troppe difficoltà che incontrano in un quartiere “difficile” come il nostro, paragonato addirittura a Scampia. Ma un senso civico forte e profondo, o forse solo un sogno illusorio, li sostiene. Lo stesso avviene anche in una piccola realtà di Tor Bella Monaca, come il Liceo Amaldi, polo d’eccellenza e punto di riferimento per i tanti adolescenti della zona, dove da alcuni anni degli studenti volenterosi s’interessano e partecipano attivamente a delle opportunità proposte dalle stesse associazioni di volontariato che lavorano nel quartiere. Grazie alla Comunità di Sant’Egidio, sempre presente sul nostro territorio, lo scorso anno abbiamo ospitato un ex condannato a morte statunitense, venuto nella nostra scuola per raccontarci la sua esperienza, toccante e vera...”

<sup>25</sup> Ripreso da: La Repubblica: Carlo Alberto Bucci Noi, tra i violenti di Tor Bella Monaca 17 agosto 2009 sezione: ROMA.

*Anche nel Lazio, che ospita la città di Roma, avanguardia naturale dei processi di cambiamento della società italiana, la crisi degli ultimi tre anni sta spingendo al di sotto della soglia della povertà una fetta sempre più consistente di cittadini. Oggi i poveri non sono solo più delle “eccezioni” e non sono solo più immigrati, ma anche cittadini italiani. La crisi ha infatti toccato anche categorie di lavoratori che fino a poco tempo fa si sentivano al sicuro ed oggi si affacciano per la prima volta nel mondo dei poveri. È quanto emerge dal monitoraggio costante svolto presso i Centri di ascolto e la mensa di Via Dandolo della Comunità di Sant’Egidio a Roma.*

### “Emigrare” a Frosinone

Mario, 45 anni, nonostante la crisi alla fine ce l’ha fatta. Un po’ di solidarietà e un po’ di mobilità: non riuscendo più ad affrontare le spese a Roma, è “emigrato” da qualche mese in un paesino vicino Frosinone. Sei figli da mantenere, dagli 8 ai 22 anni, lavorava in una ditta che faceva decorazioni floreali. Due anni fa l’azienda fallisce e improvvisamente si ritrova disoccupato. Con la moglie che lavora solo saltuariamente in una ditta di pulizie, le cose si fanno sempre più difficili, anche perché i figli sono quasi tutti in età scolare. La più grande vuole fare l’università e viene trasferita dalla nonna pensionata per farsi aiutare economicamente. Ma gli altri non possono andar via. Come fare? Un’idea lo salva: mettersi in proprio. In fondo un mestiere ce l’ha: i fiori. Sa bene però che, per avviare un’impresa, occorrono soldi. Le banche non glieli daranno mai, la strada obbligata è quella degli amici, delle associazioni di volontariato, di chiunque possa aiutarlo. Alla fine racimola i 5.000 euro necessari per aprire un piccolo negozio di fiori. E la vita ricomincia, via da Roma, “emigrato” in Ciociaria.

### Nuovi scenari della povertà

Il benessere diffuso degli anni Ottanta e Novanta, premessa dell’attuale crisi economica, ci ha abituato a pensare ai poveri come ad un universo lontano dal nostro. Anche per i non ricchi e persino per i quasi poveri gli italiani in sofferenza erano sempre “altri” da sé: ridotti non solo dalla realtà statistica, ma anche dall’immaginario collettivo, ad un fenomeno fisiologico e comunque residuale, venivano metabolizzati come “eccezione”, al pari di ciò che avviene in altre società ad alto sviluppo. In altri termini i poveri di casa nostra erano quasi sempre “casi limite”. Il discorso cambiava e cambia ancora solo quando si tratta di immigrati, non solo per la loro più evidente vulnerabilità economica e sociale – dovuta a innumerevoli difficoltà, dall’integrazio-

ne all'apprendimento della lingua, all'instabilità abitativa – ma anche per una rappresentazione mediatica per lo più negativa e semplificata della materia.

Come è avvenuto nel resto del paese, anche nel Lazio, che ospita la capitale, avanguardia naturale dei processi di cambiamento della società italiana, la crisi degli ultimi tre anni ha introdotto elementi nuovi che hanno cambiato la realtà della povertà spingendo una fetta sempre più consistente di cittadini sotto la soglia della povertà, a partire dalle fasce più deboli come gli anziani, ma non solo. Tutto questo è avvenuto silenziosamente negli ultimi anni ma ha subito recentemente un'accelerazione. In altre parole, gli italiani in un lasso di tempo relativamente breve sono diventati più poveri e, per la prima volta dopo il boom economico degli anni Cinquanta e Sessanta, invece di continuare a godere di una crescita progressiva, seppure contraddittoria, sono tornati indietro. Non se ne sono accorti però a livello di coscienza collettiva se non recentemente, quando le conseguenze della crisi hanno cominciato ad essere più pesanti sia a livello qualitativo che quantitativo.

Oggi scopriamo dolorosamente che la povertà è più vicina di quanto potessimo immaginare e incide sulla rete sociale più di quanto si potesse pensare fino a poco tempo fa. Se si prendono le statistiche ufficiali, a parlare sono ancora poche cifre, perché gli effetti più acuti della crisi, a sentire gli esperti, si registreranno a partire dalla seconda metà del 2012. Ma già da oggi, con l'ausilio di qualche “antenna” significativa, è possibile dare conto di questo scivolamento di una fetta sempre più consistente della popolazione sotto la soglia della povertà. Non più solo “eccezioni”, quindi, e non più solo immigrati, ma cittadini italiani. Ad aiutarci sono, in modo significativo, i dati raccolti da tutti quei centri di solidarietà e di vicinanza rivolti alle sofferenze sociali, che avevano già lanciato l'allarme agli inizi del 2010. È in questi luoghi privilegiati dell'ascolto che l'aumento della povertà è apparso evidente prima ancora che all'opinione pubblica ed è in gran parte dei loro dati tendenziali che si nutre questo capitolo del Rapporto.

### Quando manca il lavoro

Quando, nel 2008, è giunta dagli Stati Uniti la notizia del fallimento della banca d'affari Lehman Brothers era difficile immaginare cosa sarebbe successo in Europa negli anni successivi. Eppure la storia degli ultimi tre anni ha provato il nesso esistente tra la crisi dei mutui americani *subprime*<sup>1</sup> e le attuali difficoltà europee. Potremmo dire, per usare una metafora, che ci sentivamo lontani dal “fronte della frana” e solo molti mesi dopo ci siamo accorti che il fenomeno si stava allargando. Abbiamo sentito parlare di questioni complesse, di crisi dei debiti sovrani, di *spread* e di altro ancora. Ma le difficoltà avevano già cominciato a farsi sentire anche nella nostra regione.

La crisi occupazionale del Lazio è da inserire in questo quadro complessivo ed è una delle principali cause, accanto al crescente disagio abitativo, dell'incremento della povertà dei cittadini italiani residenti nel suo territorio. È innegabile che le difficoltà a trovare un lavoro costituiscono un problema anche per gli immigrati e i comunitari (come ad esempio i rumeni), soprattutto nel settore dell'edilizia, ma nel caso degli stranieri gli effetti di questo trend negativo sono in parte attenuati dalla cospicua domanda di servizi alla persona che non ha conosciuto per il momento una flessione significativa.

Non è facile attraverso i dati, dare conto in tempi reali degli effetti della crisi: le statistiche ufficiali infatti arrivano sempre con un certo margine di ritardo. Un indicatore che ci può fornire uno spaccato aggiornato anche se parziale, dell'attuale situazione riguarda le ore di cassa integrazione autorizzate. È utile ricordare innanzitutto i tre diversi tipi di cassa integrazione esistenti perché negli ultimi mesi si è avuto un andamento molto diverso a seconda che si trattasse di C.I.G.O. (cassa integrazione ordinaria<sup>2</sup>), C.I.G.S. (cassa integrazione straordinaria<sup>3</sup>) e C.I.G.D. (cassa integrazione in deroga<sup>4</sup>).

Se si esaminano i dati della cassa integrazione, che riguarda in larghissima parte i cittadini italiani, si vede come nel mese di aprile di quest'anno (2012) nel Lazio sono state autorizzate quasi 9 milioni di ore di cassa integrazione (8.985.293). Il valore è elevato ma non il più alto degli ultimi mesi, visto che già altre volte sono state superate i 9 milioni di ore di cassa integrazione e in un'occasione (aprile 2010) si è arrivati a 13,9 milioni di ore. Ma quel dato fu eccezionale per la crisi del settore metalmeccanico tra Frosinone e Cassino. L'ultimo dato fornito dall'INPS, tuttavia, è decisamente preoccupante. Lo possiamo comprendere esaminando i dati annuali. Se, infatti, nel corso dei prossimi mesi si dovesse registrare un numero di ore di cassa integrazione identico a quello registrato negli ultimi mesi del 2011 (maggio-dicembre) si avrebbe un totale di 83.486.788 ore. Nel 2012, cioè, si registrerebbe un aumento del 20,2% ed il livello più elevato dell'ultimo decennio e superiore di oltre cinque volte rispetto al 2008 ovvero l'anno in cui è cominciata questa lunga crisi.

La crisi ha toccato certamente gli anziani con la pensione minima, gli immigrati, ma anche tanti lavoratori precari, apprendisti, lavoratori interinali e a domicilio come testimonia l'incidenza della cassa integrazione in deroga. Nei primi mesi del 2012 le ore di C.I.G.D. hanno costituito il 38% del totale a fronte del 28,8% del 2011. Prima della crisi erano meno del 10% del totale e dunque si ricorreva a questo ammortizzatore sociale in casi veramente eccezionali.

La crisi sta quindi raggiungendo anche categorie di lavoratori che fino a poco tempo fa si sentivano al sicuro, che avevano un buon posto di lavoro e prospettive di vita rassicuranti. Il confronto tra i primi tre mesi del 2012 e il corrispondente periodo del 2011 per quanto riguarda le ore di cassa integrazione autorizzate a favore di impiegati, ci parla di un aumento enorme della sofferenza lavorativa: +81,2%. Oggi questa categoria rappresenta il 38,1% del totale di ore a fronte del 61,9% degli operai, mentre prima della crisi gli impiegati in cassa integrazione erano, anche in proporzione, molti di meno, il 25%. Dunque ormai anche impiegati e “colletti bianchi” in generale percepiscono in modo acuto la precarietà della situazione.

### La prossimità come prevenzione sociale

Da un'attenta osservazione dei fenomeni finora descritti emerge il bisogno di soggetti che praticino una frequentazione quotidiana con i cittadini del Lazio più a rischio di precarietà sociale. Proprio dall'esame dei dati in possesso di questi Centri di ascolto e di vicinanza alla povertà crescente, si può affermare che è possibile almeno ridurre il senso di frustrazione e di spaesamento che si manifesta di fronte alla crisi attuale se si creano degli spazi di solidarietà. È necessario, cioè, ricostruire una rete sociale che impedisca di avvertire in modo insopportabile i problemi emergenti e che dialoghi con la paura e la fragilità delle persone, evitando che

diventi disperazione e si trasformi in drammi individuali o familiari, come abbiamo assistito dolorosamente negli ultimi mesi. Non si tratta solo di una preziosa opera di prossimità, ma di una vera e propria “prevenzione sociale” che le istituzioni devono cogliere e promuovere anche per ridurre la progressiva distanza che si è venuta a creare tra cittadini in difficoltà e strutture pubbliche.

### Italiani e stranieri alla Mensa di Via Dandolo

Solo alla Mensa della Comunità di Sant’Egidio di Via Dandolo, a Trastevere, nel 2011 si sono affacciati 5.804 poveri in più, 446 italiani e 5.358 stranieri. Il dato che più colpisce è l’incremento progressivo a partire dal 2008 dei cittadini italiani nuovi iscritti: più del 30% nel 2011 rispetto al 2008. I nuovi iscritti tra gli stranieri invece nello stesso periodo, sono stati l’11,6% in più. Il confronto mette in evidenza che, nella fase attuale della crisi, il processo di impoverimento sembra colpire più i connazionali che gli stranieri, anche se sarebbe opportuno indagare sugli effetti della maggiore restrizione degli ingressi degli extracomunitari, registrata negli ultimi anni. In altre parole, la diminuzione della domanda di stranieri che bussano alla porta della mensa potrebbe essere dettata, almeno in parte, anche dalla maggiore difficoltà ad entrare nel nostro paese rispetto al passato.

Se andiamo a guardare per quanto tempo gli ospiti italiani utilizzano la mensa ci accorgiamo inoltre che è considerevolmente più lungo di quello degli stranieri: quasi il 45% degli italiani la frequenta per più di due anni mentre oltre il 40% degli stranieri non si reca alla mensa per più di 3 mesi. Questi ultimi infatti utilizzano il servizio soprattutto al loro arrivo a Roma o nel Lazio; poi, via via che trovano una sistemazione lavorativa più stabile, tendono a ridurre la loro presenza e frequentano in modo più saltuario. Occorre anche aggiungere un nuovo fenomeno, degli ultimi mesi, e cioè il ritorno di una parte degli stranieri, soprattutto comunitari, nel loro paese di origine per mancanza di lavoro nella nostra regione. In ogni caso per gli italiani che scivolano sotto la soglia della povertà il percorso di integrazione risulta molto più difficile.

### Perché gli italiani diventano poveri

Un altro osservatorio qualitativamente significativo, per certi aspetti unico, per registrare i fenomeni tendenziali della precarietà sociale è rappresentato dai Centri di ascolto della Comunità di Sant’Egidio. Dai dati registrati presso questi centri è possibile capire meglio chi sono gli italiani che chiedono aiuto e i motivi della loro crescente povertà. Si tratta, per lo più, di persone che hanno legami familiari precari (ad esempio a causa di una separazione o di un divorzio). Gente che mai si sarebbe rivolta ad un centro di assistenza, ma che ora vi è costretta da varie contingenze sfavorevoli: perdita del lavoro, sfratto, a volte difficoltà economiche generate dalla malattia, dall’impossibilità di sostenere spese impreviste o di pagare il mutuo della casa, e così via. Molti chiedono un aiuto alimentare, soldi per pagare le bollette, assieme a consigli sul come trovare lavoro o alloggio, indicazioni sulle pratiche amministrative. Ad aumentare sono soprattutto uomini della fascia di età tra i 45 e i 60, mentre la presenza femminile resta stabile.

In questi centri si dialoga con la disperazione, con la grande incertezza per il futuro e soprattutto con la solitudine. Le persone hanno bisogno di parlare, di essere incoraggiate, consigliate, accompagnate nella costruzione di alternative concrete alla loro situazione. Si trovano sole ad affrontare i loro problemi, non riescono ad uscire dalla loro condizione, spesso hanno solo bisogno di comunicare a qualcuno le proprie difficoltà per poi ripartire.

Alcuni provano ritrosia si vergognano di andare di persona presso i Centri e preferiscono telefonare. Anche qui si registra un incremento delle situazioni di disagio. Su circa 1.100 telefonate di richieste di aiuto ricevute nel 2011 dalla Comunità di Sant’Egidio a Roma, il 32% provenivano da persone alla ricerca di una soluzione per problemi economici ed abitativi. Nel 2002 rappresentavano appena il 18% del totale delle telefonate.

Emerge la necessità di creare un “fronte di resistenza”. Si tratta non solo di inventare soluzioni concrete coinvolgendo le istituzioni e aiutando queste persone ad accedere a tutte le risorse possibili, ma anche di ricreare attorno ad esse relazioni umane significative che le aiutino ad uscire da una disperata rassegnazione sul futuro.

In questo universo dolente inoltre si incontrano anche anziani che vivono senza reti di sostegno. Le pensioni non bastano più.

### Alcune storie

#### Odisea ordinaria

La storia di F., 56 anni, separato dalla moglie, un figlio di 20 anni, spiega bene come si può passare in poco tempo dalla normalità all’emergenza. Nato in Sicilia, F. lavora per dieci anni in una banca, poi si dimette per farsi assumere da una finanziaria. Tutto va molto bene fino al 2007, quando la società fallisce. A questo punto inizia a cercare un altro lavoro e diventa rappresentante di vini, lavoro che non rende bene ma permette di resistere. Dal maggio 2010 però accadono una serie di guai che lo proiettano nel peggiore degli incubi. Nel luglio del 2009 aveva fatto domanda per il contributo all’affitto, aiuto che in genere viene erogato dalla Regione Lazio non oltre un anno dopo la richiesta. I soldi sarebbero quindi dovuti arrivare nel mese di giugno, ma a causa del più generale rallentamento nel trasferimento dei fondi ai Comuni, non viene rispettata la scadenza. Si creano enormi difficoltà con il padrone di casa per i ritardi nel pagamento dell’affitto e, contemporaneamente, iniziano problemi anche con il lavoro perché a maggio si rompe la macchina: non si trovano i 1.500 euro necessari per ripararla e viene rottamata.

La situazione diventa critica: F. non può accedere ai prestiti perché non ha la busta paga e lavora sempre di meno, dato che per la sua attività è indispensabile avere un mezzo di locomozione. F. è scoraggiato: tutti gli sforzi fatti fino a questo punto si rivelano inutili. Il poco che guadagna in alcuni periodi non basta per mangiare e per pagare i trasporti, un’umiliazione tremenda, mai provata in vita sua. Sorgono problemi anche con il figlio: dopo che era riuscito, con grandi difficoltà, a farselo affidare, ora è costretto a rinviarlo alla madre perché non può più garantirgli di che vivere. La moglie da cui si è separato, nel frattempo, lo

denuncia perché non paga gli alimenti e lo fa condannare ad un mese, scontato con l'affidamento ai servizi sociali e l'obbligo di non muoversi dalla città di residenza. Come se non bastasse, da anni combatte una causa per un risarcimento, essendo stato vittima di un episodio di malasanità, ma non riesce ancora ad avere giustizia.

### Troppo vecchio per lavorare

Poche righe per descrivere la storia del sig. C., simile a quella di tanti altri disoccupati che hanno passato i 50 anni di età. Si rivolge al Centro della Comunità di Sant'Egidio chiedendo aiuto. Ha lavorato nel settore turistico, soprattutto in alberghi, come cameriere e amministrativo. La società da cui dipendeva, qualche anno fa, in seguito ad una ristrutturazione aziendale, lo ha licenziato. Da allora vive di lavori precari, ma gli è sempre più difficile essere assunto, perché ormai ha 51 anni, troppi per lavorare, troppo pochi per andare in pensione. L'ultimo contratto a tempo determinato sta per scadere e presto dovrà lasciare la sua abitazione a Tor Vergata.

### Vietato ammalarsi

La signora G., 62 anni, da 4 anni è in cura per un tumore. È guarita ma deve sottoporsi a controlli annuali. Si è curata presso una clinica privata accumulando molti debiti perché le liste di attesa presso gli ospedali pubblici erano troppo lunghe. Costretta a vendere la casa per sostenere le spese ora si ritrova in quello che lei stessa chiama "tugurio", senza riscaldamento, con bagno sul terrazzino. Ha tre figli, ma dice che a loro "non può" chiedere aiuto. Si offre per qualsiasi lavoretto utile per andare avanti. Dice, con grande dignità: "Ho anche la patente...se dovesse servire..."

### Lo stipendio di maestro non basta più

E., 46 anni, manda una mail al Centro della Comunità di Sant'Egidio. È un insegnante elementare, lavora a Roma, mentre la moglie, da cui è separato, e i due figli sono in Calabria. Fino a poco tempo fa ce la faceva a vivere, pagando 500 euro di affitto di media, per un posto letto, passando di casa in casa laddove trovava disponibilità. Ma proprio a causa di questi continui cambiamenti alloggiativi si è ritrovato ad avere debiti consistenti, dato che per ben tre volte i proprietari non gli hanno restituito la caparra. Ora rischia di ritrovarsi per strada.

### Mamma non c'è più

P., 50 anni, è una persona molto gentile e riservata. All'inizio parla d'altro, solo dopo qualche minuto di conversazione confessa di avere bisogno di essere aiutato. Spiega che la madre, che sosteneva l'intero nu-

cleo familiare, è morta improvvisamente un mese fa e lui, con altri due fratelli disoccupati, è costretto a sopravvivere con 400 euro al mese. Fa, quando può, alcuni lavoretti per pagare almeno le bollette. Chiede, timidamente: "Potrei avere un piccolo aiuto almeno per questo mese?"

### Vittima degli usurai

A., 70 anni, vive a Roma con la figlia di 40, che circa un anno fa ha perso il lavoro presso una società finanziaria di cui è socia. A peggiorare la situazione ci sono i debiti che deve saldare a seguito di una truffa di cui è stata vittima. A. avrebbe una buona pensione, ma per aiutare la figlia è costretta a rivolgersi agli usurai e comincia a chiedere soldi in prestito con alti interessi. In breve tempo si ritrova senza soldi per pagare le bollette di luce e gas ma anche per mangiare.

<sup>1</sup> Si tratta dell'erogazione di mutui a clienti che non fornivano sufficienti garanzie e che in condizioni normali non li avrebbero ottenuti.

<sup>2</sup> Cassa gestita dall'INPS che interviene a sostegno del reddito dei lavoratori nei casi di riduzione parziale o totale dell'orario di lavoro da parte di un'impresa nelle circostanze previste dalla legge. Quando l'intervento è ordinario è dovuto a eventi transitori, quali difficoltà di mercato. L'integrazione raggiunge l'80% del salario, con tetto massimo aggiornato annualmente in base al costo della vita. Tutte le altre disposizioni sono regolate dalla legge 223/91.

<sup>3</sup> È un intervento a sostegno delle imprese in difficoltà che garantisce al lavoratore un reddito sostitutivo della retribuzione. Spetta al personale delle imprese in caso di ristrutturazione, di riorganizzazione, di conversione, di crisi aziendale. Esse devono avere occupato più di 15 dipendenti nel semestre precedente la presentazione della domanda. Sono autorizzate anche imprese commerciali, di spedizione e trasporto e agenzie di viaggio e turismo che occupano più di 50 dipendenti, esclusi gli apprendisti e gli assunti con contratto di formazione e lavoro.

<sup>4</sup> La Cassa Integrazione Guadagni in Deroga è un sostegno attivo per operai, impiegati e quadri sospesi dal lavoro che non hanno accesso alla cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria (CIGO e CIGS). Sostiene economicamente anche apprendisti, lavoratori interinali e a domicilio. La durata massima dei trattamenti è di 12 mesi complessivi, anche nel caso di utilizzo di più ammortizzatori in deroga. L'ammontare della Cig in deroga può arrivare fino all'80% della retribuzione. Questo sostegno economico sarà erogato dall'INPS. Per ottenerlo il lavoratore deve aver sottoscritto una Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) al lavoro e a partecipare a percorsi di politiche attive del lavoro. Per ulteriori informazioni sulla cassa integrazione sono disponibili vari glossari e depliant a cura dell'INPS, <http://www.inps.it/Doc/Pubblicazioni/Opuscoli/CasintGuad.pdf>, e di organizzazioni sindacali, [http://www.cisl.it/Sito-lavoro.nsf/documenti/HOMECIG%5EApertura/\\$file/glossarioessenzialemdl.pdf](http://www.cisl.it/Sito-lavoro.nsf/documenti/HOMECIG%5EApertura/$file/glossarioessenzialemdl.pdf).

## IL PROBLEMA CASA: UNA QUESTIONE DIFFICILE DA GOVERNARE

*“Sfratti” è parola sintetica di un problema e di una malattia cronica, ma sempre acuta: la punta più visibile e dolorosa dell'emergenza abitativa. La crisi occupazionale, con la conseguente perdita del posto di lavoro per migliaia di cittadini del Lazio, come recenti ricerche di settore hanno evidenziato, rischia di innescare un processo d'impovertimento strutturale difficile da governare. In tale contesto la crisi abitativa ha colpito, non solo gli italiani, ma anche gli immigrati che ormai rappresentano una quota importante (un quinto) degli sfrattati. A essi si aggiungono gli anziani, cui la Comunità di Sant'Egidio ha provato a dare risposte concrete, evitando uno sradicamento dal proprio ambiente di vita. Nel Rapporto dello scorso anno si era insistito sull'esodo di molti, tra romani e immigrati, verso le direttrici nord est e sud della provincia romana, alla ricerca di alloggi a prezzi accessibili. Ne è un'evidente riprova la crescita di Guidonia, divenuta terza città del Lazio per numero di abitanti. Dalle rilevazioni effettuate si è potuto appurare come la sofferenza abitativa si sia spostata dalla capitale in provincia: nei primi sei mesi del 2011, infatti, le richieste di esecuzione pervenute nei Tribunali della provincia, superano quelle inviate al Tribunale di Roma. A fronte di tale problematica le amministrazioni locali sono del tutto inadeguate e richiedono a gran voce l'intervento da parte del governo. Il governo, accogliendo le istanze dell'ANCI e delle associazioni degli inquilini, ha varato una nuova sospensione degli sfratti che, se ha contribuito a dare a molti un po' di respiro, tuttavia non ha preso in considerazione gli sfratti per morosità che rappresentano ormai la gran parte delle cause di allontanamento dalla propria abitazione (85,6%). Il contributo prende in esame le diverse ricette presenti a livello nazionale e locale per affrontare l'emergenza abitativa.*

### **Maria: a 102 anni una nuova casa e la vita ricomincia**

Maria ha 102 anni e vive col figlio, operaio a Pomezia, all'Alberone, quartiere Appio in una casa molto dignitosa. Ha lavorato per anni come camiciaia ed ha la pensione da artigiana. Ha ancora buone relazioni sociali: con i vicini, con la nipote, che la viene a trovare regolarmente ogni giorno. La sua vita scorre serena e si ritiene fortunata perché è riuscita a superare indenne i 100 anni. Non ha alcun minimo presentimento di quale dramma si stia profilando all'orizzonte.

Un poliziotto dell'Ufficio sfratti del Commissariato di zona si rivolge, per primo, all'assistente sociale. Maria ha già da due anni uno sfratto per morosità e sia il sovrintendente che lo stesso Ufficiale giudiziario proprio non hanno il coraggio di mettere per strada un'anziana di 102 anni. Stavolta, però è diverso: è arrivata la richiesta di esecuzione ed è stata richiesta l'assistenza della forza pubblica. Cosa può fare il servizio sociale? Non c'è tempo da perdere. L'assistente sociale accoglie la richiesta e si mette a lavorare. Una visita domiciliare fa scoprire che l'anziana non sa nulla: è il figlio, di nascosto, con grande vergogna a raccontarle che è stato licenziato. “O mangiavamo o pagavamo l'affitto”. Manca una settimana allo sfratto e l'assistente sociale le prova tutte. Chiama il proprietario e prova a spiegare la situazione: c'è bisogno di un periodo per trovare una sistemazione,

ma lui sembra irremovibile. Vengono coinvolte con un fax anche la Comunità di Sant'Egidio e la Prefettura. Un funzionario della Prefettura assicura che il Prefetto ha appena scritto una lettera al Presidente del Tribunale per spiegare che l'imminenza delle feste di Natale porrà qualche problema in più per l'ordine e la sicurezza pubblica: per questo verrà data l'assistenza della forza pubblica agli sfratti, solo in casi molto limitati. Intanto alcuni volontari della Comunità di Sant'Egidio cominciano ad andare a trovare Maria; si crea un legame di amicizia. Un giorno, assieme al figlio e all'assistente sociale, le dicono la verità: deve lasciare la casa. Maria è sconvolta, non vuole finire in un cronicario. Ma non troppo lontano c'è la Casa famiglia di Sant'Egidio di Largo Magnagrecia, se Maria vuole può andare a vederla e poi decidere se trasferirsi là. Un pomeriggio Maria viene accompagnata e vede la stanza: non è come se l'aspettava. È accogliente, luminosa, allegra e fuori c'è un balcone con piante e fiori. Se vuole potrà anche portare qualche mobile. I giorni seguenti sono spesi nei preparativi: Maria ha deciso e si porterà dietro almeno i mobili che ha comprato con il marito e le foto nelle quali è raccontata una vita. C'è il problema del cane, ma a quello penserà un amico che ha una casa in campagna. Maria, certo non se l'aspettava. Oggi ha una nuova casa ed una nuova famiglia. A 102 anni ricomincia la vita.

#### Il disagio abitativo nel Lazio

La domanda di case, negli anni, si è andata caratterizzando per una crescente complessità. Le politiche per la casa si sono misurate con la necessità di reperire alloggi per nuove coppie impossibilitate ad accedere al libero mercato e di sostenere, attraverso azioni concrete, migliaia di famiglie in affitto a rischio di sfratto in un regime di mercato senza più regole di contenimento. Si è reso inoltre necessario dare risposte alle richieste di alloggi che provengono dal mondo giovanile e dagli immigrati e sostenere una popolazione anziana sempre più in affanno<sup>1</sup>. Il risultato è stato, però, nel complesso, un consistente aumento del disagio abitativo che ha raggiunto punte davvero elevate.

“Sfratti” è la parola sintetica di un problema e di una malattia cronica, ma sempre acuta: la punta più visibile e dolorosa dell'emergenza abitativa. La crisi economica ha inferto un ulteriore duro colpo a un numero sempre più grande di famiglie che si sono trovate nell'incapacità di sostenere affitti alti in un mercato che è andato accentuando, in misura sempre più consistente, il suo profilo selettivo.

L'acuirsi del problema si è evidenziato nel considerevole aumento delle morosità, con la conseguente impena delle richieste di provvedimenti esecutivi di rilascio. Emerge con evidenza dalla lettura dei dati dell'Osservatorio sugli sfratti presso il Ministero dell'Interno. Nel 2010, (ultimi dati disponibili a livello nazionale), a fronte di 65.489 nuove sentenze di sfratto, la maggior parte, 85,6%, sono per morosità contro il 13,4% per finita locazione e l'1,4% per necessità del locatore<sup>2</sup>. Le richieste annue di esecuzione degli sfratti, dopo aver superato quota 100.000 nel 2005, hanno continuato a salire ed hanno, ormai, oltrepassato la cifra di 110.000 (110.048 nel 2010). Per quanto attiene, invece, agli sfratti realmente eseguiti in dieci anni, il numero si attesta attorno ai 370mila. È un dato comunque davvero considerevole: è come se, ogni anno la popolazione intera di città come Nuoro, Vasto o Merano si trovasse a rischio di dover lasciare casa propria senza alternative percorribili o, pensando al numero totale degli sfrattati nell'ultimo decennio, come se una città, grande come Firenze si fosse trovata per strada.

Tabella 1 – Provvedimenti di sfratto, richieste di esecuzione, sfratti eseguiti in Italia – Anni 2000-2010

Anno	Motivazione della richiesta dei provvedimenti di sfratto emessi				Richieste esecuzione	Sfratti eseguiti
	Per necessità	Fine locazione	Morosità	Totale		
2000	665	13.329	25.412	39.406	103.072	21.614
2001	808	12.755	26.937	40.500	98.068	20.608
2002	647	12.329	27.154	40.130	91.574	20.389
2003	664	10.839	27.781	39.284	83.748	23.000
2004	742	12.873	32.578	46.193	78.099	25.267
2005	852	11.195	33.768	45.815	106.335	25.671
2006	669	10.548	34.309	45.526	100.821	22.278
2007	674	9.236	33.959	43.869	109.446	22.468
2008	539	10.486	41.008	52.033	138.443	24.959
2009	700	9.208	51.576	61.484	116.573	27.584
2010	878	8.464	56.147	65.489	111.048	29.825

Fonte: Ministero dell'Interno

Il fenomeno, tuttavia, non riguarda solamente le grandi città, ma in un certo qual modo si è spostato in quelle di media grandezza, per poi coinvolgere anche i comuni che circondano le città italiane più popolose. È evidente anche nel Lazio, dove il disagio abitativo è divenuto vera e propria emergenza. Se incrociamo i dati dei residenti nel Lazio con casa in affitto e i provvedimenti di sfratto emessi, il quadro è davvero inquietante. Una famiglia su settantacinque si è trovata coinvolta in uno sfratto<sup>3</sup>. Il Lazio è la terza regione per numero di sfratti dopo la Lombardia e l'Emilia Romagna, ma la situazione si presenta non omogenea. A Latina il disagio abitativo sembra, infatti, subire una battuta d'arresto: le richieste di esecuzione nel capoluogo pontino sono passate da 369 a 318 con un -13%. La stessa tendenza al ribasso a Frosinone (-18,11%), e a Rieti (-38,55%), dove la diminuzione è molto più marcata. Ben diversa è la situazione e a Roma, dove vi è un aumento consistente delle richieste di esecuzione (+13,04%) a Viterbo (+4,35%)<sup>4</sup>.

**Tabella 2 – Prime 12 regioni per numero di sfratti per morosità eseguiti nel 2011**

Regione	Sfratti per morosità
Lombardia	12.511
Emilia Romagna	6.566
Lazio	5.796
Piemonte	5.524
Veneto	4.520
Toscana	4.438
Campania	3.396
Sicilia	3.253
Puglia	2.467
Liguria	1.833
Marche	1.403
Friuli Venezia Giulia	1.145

Fonte: CGIA Mestre su dati Ministero Interno ed ISTAT (dati incompleti per 13 provincie)

A Roma, se dovessero confermarsi i dati del primo semestre, per il 2011 sarà superata ancora la quota di duemila sfratti eseguiti e la capitale andrebbe a confermarsi, per la terza volta consecutiva, la città italiana con il maggior numero di sfratti. Vi è, però, un dato interessante da cogliere relativo ai comuni limitrofi, che fa emergere come il problema degli sfratti non sia una caratteristica “assoluta” della capitale, ma una malattia contagiosa all’hinterland romano, vera e propria area metropolitana. Già da qualche anno si è cominciato ad assistere, infatti, a un considerevole aumento degli sfratti eseguiti nei comuni della provincia. Questi rappresentano, ormai, il 24% del numero totale dei provvedimenti eseguiti (1 sfratto su 4). Nel 2011, per la prima volta, il numero di richieste di esecuzione arrivate presso i tribunali della provincia supererebbe quello delle richieste pervenute al Tribunale Civile di Roma<sup>5</sup>. Dunque, la sofferenza abitativa si è spostata anche in provincia, e la provincia rappresenta a pieno titolo l’espansione di Roma.

**Tabella 3 – Richieste di esecuzione a Roma e provincia primo semestre 2011**

Mese	Richieste pervenute a Roma	Richieste pervenute in provincia	Totale richieste esecuzioni	Totale sfratti eseguiti	Sfratti eseguiti a Roma	Sfratti eseguiti in provincia
Gennaio	458	406	864	247	150	97
Febbraio	158	336	494	199	161	38
Marzo	313	391	704	205	168	37
Aprile	218	291	509	169	133	36
Maggio	231	226	457	197	156	41
Giugno	320	284	584	171	126	45
TOTALE	1.698	1.934	3.612	1.188	894	294

Fonte: Ministero dell’Interno

Molti, non trovando un affitto a prezzi bassi a Roma, si sono riversati nei comuni limitrofi della seconda o terza fascia urbana, come dimostrano peraltro i dati sulla popolazione. Tale spostamento non è solo dei romani ma anche di molti immigrati. I comuni della provincia sono la prima meta per gli immigrati: sia per gli affitti più bassi che per l’acquisto stesso delle case. La domanda di stabilità degli immigrati, attratti dalla possibilità di trovare case a prezzi accessibili, ed anche di non pochi romani sfrattati, si è rivolta soprattutto verso alcuni paesi vicino alla Capitale, quali Guidonia, Fiano Romano, San Cesareo e Fonte Nuova, ma anche verso i piccoli comuni del litorale romano. Colpisce come Guidonia sia divenuta la terza città del Lazio per popolazione e la crescita di centri come Fiumicino ed Aprilia<sup>6</sup>. Questo spostamento ha provocato un inevitabile innalzamento dei prezzi degli affitti, anche nei piccoli comuni e, dunque, di nuovo una crisi soprattutto per le famiglie più a basso reddito che avevano sperato di trovare una sistemazione migliore.

**Tabella 4 – Prime 20 città del Lazio per numero di abitanti**

N. Comune	Residenti	Densità per Km <sup>2</sup>	Numero famiglie
1 Roma	2.761.477	2418,5	1.126.000
2 Latina	119.804	431,3	54.158
3 Guidonia Montecelio	83.736	1.059,10	32.938
4 Fiumicino	70.985	332,6	31.055
5 Aprilia	70.349	395,9	28.028
6 Viterbo	63.597	156,5	26.992
7 Pomezia	61.106	569,3	26.582
8 Tivoli	56.531	825,3	23.234
9 Anzio	55.413	1.275,90	24.769
10 Velletri	53.544	473	21.580
11 Civitavecchia	52.294	726,8	20.967
12 Frosinone	48.122	1.023,40	20.754
13 Rieti	47.774	231,3	19.931
14 Nettuno	47.332	662,4	20.164
15 Terracina	44.480	326,1	19.074
16 Ardea	42.879	842,4	20.747
17 Ladispoli	41.035	1.578,30	18.622
18 Albano Laziale	40.516	1.702,40	16.505
19 Marino	39.976	1.531,60	15.938
20 Monterotondo	39.588	976,5	16.777

Fonte: sito [www.comuni-italiani.it](http://www.comuni-italiani.it)



Le risposte delle amministrazioni locali sono inadeguate, se si guarda al trend in salita dei fenomeni sin qui descritti. Governare il fenomeno non è, ovviamente, semplice e, da soli, i sindaci difficilmente potranno porre rimedio al dramma di migliaia di famiglie in attesa di un alloggio. Solo a Roma si tratta, ogni anno, di trovare una sistemazione a un numero di abitanti pari a quello di un piccolo comune dei castelli romani (come Nemi). Molti dei comuni della provincia non hanno neanche la possibilità di poter contare su un “tesoretto” di edifici di edilizia popolare.

## Il passato insegna

Alla fine dello scorso anno il nuovo governo, recependo le istanze dell’ANCI e delle associazioni degli inquilini, ha inserito, all’interno del decreto “Millepoghe”, la nuova sospensione degli sfratti<sup>7</sup>. Questo ha impedito che altri nuclei familiari si trovassero in una condizione di estremo disagio. Il decreto, che sospende fino al 31 dicembre 2012 l’esecutività degli sfratti, ha dato sollievo a famiglie con redditi inferiori a 27.000 euro annui, con al proprio interno ultra sessantacinquenni o malati terminali, portatori di handicap con invalidità superiore al 66% o figli fiscalmente a carico che non possiedono altra abitazione adeguata. Questo intervento emergenziale, necessario, è stato limitato però solo agli sfratti per finita locazione. Rappresentando ormai solo una piccola parte degli sfratti, questo blocco da solo non risolve il problema per la maggior parte dei nuclei familiari in difficoltà.

**Tabella 5 – Differimento degli sfratti – Legge n. 14 del 24.2.2012**

<b>Differimento degli sfratti</b>	E’ il 27° a far tempo solo dal 1978 (legge equo canone).
<b>Tipologia abitativa interessata</b>	Solo per immobili abitativi con sfratti per finita locazione
<b>Durata</b>	Fino al 31.12.2012
<b>Destinatari</b>	Inquilini con “reddito annuo lordo complessivo familiare” inferiore a 27.000 euro, che siano o abbiano nel proprio nucleo familiare persone >65 anni, malati terminali, portatori di handicap con invalidità >66%, alle stesse condizioni: nuclei familiari con figli fiscalmente a carico
<b>Requisito fondamentale</b>	Non essere “in possesso” di altra abitazione adeguata al nucleo familiare nella regione di residenza
<b>Comuni interessati</b>	1) Comuni capoluogo di provincia 2) Comuni, confinanti con i capoluoghi di provincia, con popolazione superiore a 10.000 abitanti 3) Comuni ad alta tensione abitativa (Delibera Cipe n. 87/03)
<b>Documentazione necessaria</b>	Presentazione “alla cancelleria del Giudice procedente” o all’Ufficiale giudiziario procedente, dell’autocertificazione attestante la sussistenza dei singoli requisiti richiesti e sufficienti.
<b>Possibilità di contestazione da parte del proprietario</b>	Se il proprietario contesta al conduttore la sussistenza dei requisiti, può fare ricorso al Giudice dell’esecuzione, che deciderà con decreto, avverso il quale potrà proporsi opposizione al Tribunale collegiale.

Elaborazione Comunità di Sant’Egidio, su dati Confedilizia

Per tutto l’anno passato, a Roma, si è dunque continuato a sfrattare e la situazione è destinata ancora di più a peggiorare. Infatti, la notevole riduzione degli stanziamenti statali per il sostegno alle abitazioni in locazione che erano stati istituiti con la legge 431 del 1998, grazie ai quali i comuni riuscivano a integrare le spese per l’affitto per circa 300.000 cittadini in difficoltà, avrà come risultato una nuova pericolosa impennata di richieste di sfratto. Il Fondo di sostegno si era rivelato uno strumento importante di difesa per tanti che non riuscivano a pagare l’affitto e di normalizzazione del sistema abitativo e si pone, ora, la necessità di ripensare a nuove forme d’intervento, evidentemente con l’acquisizione di altre risorse finanziarie.

Va rilevato, peraltro, come in Italia, non esista una pratica che preveda, come avviene in altri paesi europei, interventi di sostegno a favore dei giovani per uscire dalla casa della famiglia di origine. Per gli alloggi necessari a coprire la domanda del mondo giovanile, in altri paesi europei, esistono aiuti concreti per i giovani per pagare gli affitti. In Spagna, a tutti gli under 30 con reddito inferiore ai 22.000 euro annui lordi, è garantito un contributo mensile di 210 euro per l’affitto per quattro anni, oltre a 720 euro per coprire le spese di anticipo. Anche in Francia i giovani, a basso reddito, possono accedere a contributi, sia in caso di affitto da privati che di contratti di locazione convenzionati con lo Stato. In assenza di misure compatibili, non stupisce che, in uno scenario di crisi, la percentuale di giovani italiani che sono costretti a rimanere nella famiglia di origine cresca sempre più (+59% negli ultimi vent’anni tra i 18-34enni). Misure di aiuto volte a favorire l’autonomia dei giovani potrebbero contribuire a invertire la tendenza.

Alla fine degli anni Settanta, come intervento di contrasto alla povertà strutturale, era stata avviata un’azione dello Stato a favore dei cittadini sottoposti a sfratto per morosità. Il Ministero dell’Interno, tramite le prefetture, era delegato a provvedere al pagamento di una somma, non superiore a un milione di lire, a favore di soggetti morosi che non superavano determinate soglie di reddito<sup>8</sup>. Siamo ben lontani da quel periodo e le ingerenze dei prefetti, che pure esercitavano una qualche tutela delle fasce più deboli, avendo anche titolarità nella graduazione degli sfratti, è stata ravvisata come non più tollerabile in un regime di libero mercato.

Nel 2007, con la Legge 8 febbraio 2007 n.9, si è riproposto il tentativo di dilazionare i termini di esecuzione degli sfratti per morosità, da compiersi solamente in presenza di passaggio “da casa in casa”, con priorità per quanti, già da anni, erano in attesa di una casa popolare. Il tentativo, anche per la forte resistenza dei proprietari di immobili, non è decollato.

## Sfratti, crisi economica e anziani

Il SUNIA nel 2009 ha evidenziato come quasi la metà degli sfratti abbia alla base problemi legati alla crisi occupazionale. Secondo i dati della ricerca, infatti, nel 24% degli sfratti il percettore ha perso il posto di lavoro e nel 21% si trova a essere in cassa integrazione<sup>9</sup>. È un’indicazione importante per interventi mirati. Una doppia crisi, la perdita del lavoro con quelle della casa, rischia di diventare una causa importante di povertà strutturale.

Colpisce poi l’aumento, tra gli sfrattati, della quota degli immigrati che si attesta ormai a circa un quinto, con quote più alte al nord, rispetto al centro e al sud. A tale quota va aggiunta, come emerge dai racconti che arrivano al telefono della solidarietà della Comunità di Sant’Egidio, quella di anziani e dei disabili che, non

solo rappresentano una quota importante nel panorama degli sfrattati, ma forse anche quella più debole<sup>10</sup>. Vi sono casi eclatanti, come la richiesta, inoltrata a una donna di 102 anni di lasciare casa. L'esito non è stato surreale e letale perché l'anziana ha trovato accoglienza nella casa della Comunità di Sant'Egidio di Largo Magna Grecia a Roma. Spesso ci si è trovati di fronte a vicende che assumono contorni drammatici. Ancora nella capitale un'anziana di 93 anni è rimasta, per tutta la giornata, nell'androne del palazzo dopo che l'ufficiale giudiziario gli aveva intimato di lasciare l'abitazione. Un'altra, a Trastevere, è stata costretta a vivere in un magazzino dove aveva depositato i propri mobili. Lo sfratto può arrivare anche durante un ricovero ospedaliero e capita, non di rado, di trovare anziani che evitano di sottoporsi a cure ospedaliere, seppure necessarie, per paura di finire per strada.

Le famiglie, sempre più spesso, hanno difficoltà a prendere in casa i propri genitori sfrattati. Ne consegue che l'unica soluzione percorribile sembra essere quella dell'istituto. La Comunità di Sant'Egidio, ramificata nel tessuto cittadino, cerca in ogni modo di evitare questi ricoveri impropri. Talvolta sono nate forme di convivenza tra anziani che, provando a mettere assieme le proprie pensioni e risorse personali, sono riusciti ad evitare di dover lasciare il quartiere dove hanno vissuto da sempre<sup>11</sup>. La preoccupazione che i volontari della Comunità di Sant'Egidio condividono con i servizi sociali è di non sradicare gli anziani dal loro tessuto vitale. Per questo, occorre ripensare i servizi di assistenza domiciliare da potenziare e rendere sempre più integrati, personalizzati e flessibili. I municipi, attraverso accordi locali con i proprietari, potrebbero disporre di una quota di alloggi per gli anziani. Il ricorso a forme di assistenza alloggiativa nei residence attuata dal Comune di Roma, oltre che altamente dispendiosa, è inadatta agli anziani poiché li costringe a spostarsi in quartieri lontani da quelli dove hanno sempre vissuto<sup>12</sup>.

Ultimamente sta prendendo piede, anche nel linguaggio delle amministrazioni locali, il concetto di "morosità incolpevole"<sup>13</sup>. Vi è una crescita di questa coscienza anche tra i proprietari più sensibili. Non è facile, tuttavia, trovare affitti alla portata di chi vive solo di pensione. Roma, infatti, non è solo capofila per gli sfratti ma è tra le città con gli affitti più cari, anche se Milano le sta contendendo il primato. Nonostante la crisi economica, secondo recenti studi di settore, negli ultimi sei mesi c'è stato a Roma addirittura un rialzo degli affitti dell'1,7%, con crescita maggiori rilevate nel centro storico, dove gli affitti salgono del 7,2%<sup>14</sup>. Un grande balzo in avanti c'è stato anche per gli affitti delle case nei quartieri a sud di Roma (Eur e Appia Antica) mentre si è assistito a un parziale ribasso degli affitti solamente a Ostia. Dunque, come per la maggior parte delle grandi capitali europee si assiste, sempre più, all'espulsione dei residenti dai centri storici.

### **La crisi dei proprietari e degli inquilini degli Enti**

La situazione non è facile neanche per i possessori di case. Il rialzo del costo del denaro, deciso dalla BCE, si calcola interesserà 2.330.000 famiglie italiane che hanno acceso mutui a tasso variabile, con un incremento annuo medio previsto dal quotidiano "Il Sole 24 Ore" di 132 euro. Secondo il Codacons ciò metterà in crisi almeno trentamila famiglie. È probabile che i maggiori aumenti saranno a carico delle famiglie residenti nel centro sud del nostro paese. A Roma si prevedono aumenti superiori ai 200 euro annui, ben più consistenti di quelli medi nazionali. Tale sofferenza è alla base di quella che gli esperti del settore chiamano "il boom

delle aste", l'aumento di aste giudiziarie che, a seguito della crisi economica, ha sempre più messo sul mercato case per le quali erano stati accessi mutui. A fronte di 44.000 pignoramenti annui (dati Jupiter – Cerved) si calcola che vi siano in Italia ogni mese 3.300 aste giudiziarie. Con l'aumento dei tassi di mutuo e della disoccupazione, molti lavoratori, italiani e stranieri, si sono trovati a non poter più ottemperare agli impegni presi con gli istituti di credito. Colpisce, comunque, come solo circa il 33% delle aste vada a buon fine mentre la restante parte delle aste non trovi acquirenti. Secondo alcuni esperti del settore, oltre alla crisi di liquidità fisiologica, permane una certa diffidenza verso questo tipo di trattativa per le lungaggini o insidie, cui gli inquirenti temono di andare incontro.

La situazione dei romani che sono in affitto a vario titolo non è certo delle migliori. Secondo un'indagine Nomisma – Solo Affitti 2011 prendere una casa in affitto a Roma costa in media 987 euro al mese, più che a Milano (957) e Roma, dunque, si conferma come la città italiana più cara. Occorre ricordare, poi, come Roma abbia il più alto numero d'inquilini che vivono in affitto nelle case degli Enti (50.000 famiglie). Secondo stime recenti sono ben 40.000 le famiglie a rischio. S'intrecciano qui due diversi problemi: la scadenza del periodo di franchigia (8 anni) nel quale era permesso, a chi non aveva potuto acquistare la casa messa in vendita dagli Enti, di rimanere nella propria abitazione a canone concordato. L'altro problema è quello dei grandi patrimoni, quale ad esempio quello gestito dall'Enasarco, che stanno avviando la vendita. Insomma, è una nuova emergenza per la quale, sia il sindaco, che il presidente della Regione, hanno richiesto al nuovo governo di attivarsi per sospendere tutti gli sfratti (sia quelli per finita locazione che per morosità) degli inquilini che vivono negli immobili degli enti, in vista di un'eventuale emanazione di una legge nazionale. Aprire un tavolo dedicato a livello governativo su questo tema, potrebbe essere importante ed è sicuramente auspicabile un confronto per sanare il vuoto normativo che impedisce la tutela della popolazione meno abbiente che vive nelle case degli Enti.

Non si può, però, solamente attendere un intervento risolutivo che venga dall'alto. Le istituzioni locali, prima tra tutte quella comunale, hanno la prima responsabilità di adoperarsi perché si creino occasioni utili di confronto per trovare soluzioni percorribili. Ciò è ancora più necessario per una città come Roma, dove la presenza degli Enti, previdenziali e privati, è molto disomogenea e differente ed è, evidentemente, ampio il problema per le fasce di popolazione più a rischio. Se la situazione nel settore degli enti immobiliari è variegata, i problemi maggiori si riscontrano laddove non è possibile un confronto istituzionale. Così assistiamo ad aumenti degli affitti, non certo di poco conto, da parte di enti quali Enasarco, Enpaia, Cassa Ragionieri e Geometri o dei Fondi Immobiliari, Fondi Pensione e Assicurativi. Ovvio come ciò comporta l'impossibilità, da parte della maggior parte delle famiglie, di pagare l'affitto, con il conseguente aumento degli sfratti per morosità. Talvolta, da parte di alcuni Istituti previdenziali, non si prevede nemmeno il diritto di prelazione per gli affittuari che, per anni, hanno abitato regolarmente le case degli Enti. È quanto lamentato dal Comitato Inquilini della Cassa Ragionieri in una lettera inviata alla Regione, nella quale si esprime il timore circa la vendita delle case nelle quali gli inquilini abitano da quaranta anni, prevista a maggio.

Occorre ancora aggiungere che ciascun ente, in assenza di criteri generali stabiliti, agisce in modo unilaterale, sia sul diritto di prelazione che sulla determinazione del prezzo e ciò crea non poche disparità di trattamento. È nota, infine, l'impossibilità, da parte delle banche, vista la tipologia d'inquilini che occupa queste case (anziani, precari, ecc.), di erogare mutui per l'acquisto degli immobili posti in vendita.

Tabella 6 – Il patrimonio edilizio italiano per modalità di utilizzo e titolo di godimento – Anno 2009

<b>Abitazioni in Italia</b>	<b>29.350.000</b>	<b>100,00%</b>
<b>Abitazioni principali</b>	<b>23.960.000</b>	<b>81,60%</b>
Proprietà	18.410.000	76,80%
In affitto	4.230.000	17,70%
Altro titolo	1.320.000	5,50%
<b>Abitazioni non occupate</b>	<b>5.390.000</b>	<b>18,40%</b>
Uso vacanza/studio/lavoro	4.320.000	80,10%
Non utilizzate	1.070.000	19,90%
<b>Alloggi pubblici di Enti centrali, Enti locali ed ex-IACP</b>	<b>966.300</b>	<b>-6,0% tra il 2001 e il 2008</b>

Fonte: Elaborazione CRESME (Centro Ricerche Economiche Sociali di Mercato per l'Edilizia e il Territorio) su dati ISTAT

### Ricette diverse per l'emergenza abitativa

Molto si deve fare, dunque, a livello locale. Il 5 dicembre dello scorso anno si è riunito a Roma un tavolo presso la Regione Lazio, con Regione e Roma Capitale, al fine di trovare risposte concrete alle necessità abitative di migliaia di famiglie in difficoltà. Sono ben note, peraltro, le vicende che hanno fatto seguito all'approvazione del Piano Casa regionale, con il precedente Consiglio dei Ministri che ha impugnato parzialmente il provvedimento urbanistico varato dalla Regione Lazio, limitatamente ai tre aspetti relativi a pianificazione paesaggistica, condono edilizio e aree naturali protette.

Alla fine del mese di marzo di quest'anno, durante i lavori del convegno promosso dalla Regione Lazio e da Roma Capitale, la presidente della Regione ha affermato che “con il Piano Casa è stato creato uno strumento straordinario, agevolando anche i processi amministrativi di tutti i Comuni, sbloccando ben ventisei piani di zona per Roma Capitale”<sup>15</sup>. Per la presidente ora occorre fare un passo ulteriore: “Una rivisitazione complessiva di tutte le leggi urbanistiche, con la proposta, in Consiglio regionale, di un Testo unico per l'Urbanistica, senza tralasciare le periferie, particolarmente il contesto di Corviale, dove si devono creare relazioni e processi normali”<sup>16</sup>.

Intanto l'1 febbraio è stata approvata dall'Assemblea Capitolina la delibera di attuazione del Piano Casa della Regione Lazio. In piena sinergia con la Regione, si afferma che sarà possibile offrire un sostegno “a tutte le famiglie, alle giovani coppie, e a tutte le persone impoverite che oggi cercano una risposta di edilizia sociale e non la trovano”. Quali sono in sintesi le linee secondo cui l'amministrazione comunale di Roma intende affrontare la questione abitativa? Innanzitutto un contributo straordinario che i costruttori romani verseranno per il cambio di destinazione d'uso delle aree, utilizzato, peraltro, non per costruire nuovi alloggi ma per un generico risanamento delle periferie; un incentivo nella misura del 30% per l'ampliamento della prima casa; la possibilità di riservare il 30% della superficie utile lorda delle aree libere non residenziali all'edilizia sociale

a canone calmierato (e la restante parte all'housing sociale in edilizia residenziale convenzionata); la tutela del Centro storico e dei negozi di vicinato nei quartieri.

Il sindaco di Roma, dopo avere a lungo posto l'accento sulla necessità di un'accelerazione nell'attuazione dei piani urbanistici del Piano Casa, che potrebbe portare, finalmente, alla costruzione di nuovi alloggi di social housing, all'inizio del mese di marzo ha promesso che “35.000 case popolari sono a portata di mano!” Ma il Comune di Roma, in quattro anni è riuscito ad assegnare appena 300 appartamenti e ancora non è stato pubblicato il nuovo bando delle case popolari, regolarmente chiuso nel 2009. L'obiettivo appare dunque suggestivo, ma non realistico.

Altro elemento che fa discutere è ritenere che, attraverso il social housing, che peraltro, al momento, in Italia non ha trovato applicazione su larga scala, possa, da solo, risolvere tutti i problemi. Sulle problematiche relative al Piano Casa è stato aperto un dibattito complesso, per timori di cementificazione eccessiva. Il tutto fa pensare a soluzioni articolate e tempi lunghi. Intanto non si vede uno spiraglio per le centinaia di famiglie in graduatoria da anni per un alloggio popolare. Una soluzione immediata è necessaria per almeno i 2.000 nuclei familiari che da anni sono in graduatoria in attesa di una casa col massimo del punteggio (10 punti).

### SOCIAL HOUSING

La definizione più diffusa è quella del CECODHANS, il Comitato di coordinamento europeo per il social housing: “Un insieme di alloggi e servizi, di azioni e strumenti per un'utenza che non riesce a soddisfare il proprio bisogno abitativo sul mercato, per ragioni economiche o per assenza di un'adeguata offerta”. Si sviluppa in Nord Europa, Olanda e Gran Bretagna. In Italia mentre cresce la domanda di alloggi a basso costo cresce anche l'offerta di alloggi invenduti sul libero mercato. Secondo Federcasa 583mila domande in Italia per un alloggio popolare sono rimaste inevase. In prima fila le maggiori città: Roma (29.300), Milano (20.120), Torino (9.965), Palermo (9.578), Genova (3.297), Bologna (9.525). La richiesta di alloggi popolari è solo una componente della domanda di social housing. A questa si deve aggiungere quella delle nuove fasce sociali che si trovano sprovviste di mezzi per accedere al mercato libero. Questa domanda è ancora indefinita, sia numericamente che nella stessa composizione (single, nuove coppie, immigrati con lavoro regolare, giovani che si spostano) ma è in forte ascesa per la contrazione dei redditi.

“Il Sole 24 Ore” ha riportato la notizia di un aumento, dal 40 al 60%, degli investimenti del maxifondo da 2 miliardi gestito dalla Società di gestione del risparmio della Cassa depositi e prestiti nei fondi locali di social housing. Ciò potrebbe stimolare i fondi immobiliari ad investire maggiormente nel settore. Dal sistema dei fondi per le case a basso costo potrebbero venire 45mila nuovi alloggi ma la maggior parte sono ancora da realizzare. Poiché la situazione sembra in un momento di stallo si prevede di dare la possibilità alla Cassa Depositi e Prestiti di entrare nell'equity dei fondi immobiliari poiché i sottoscrittori locali ancora sono molto pochi.

Vi sono, evidentemente, differenti punti di vista. Il 13 dicembre 2011, durante una manifestazione pubblica all'interno di una giornata nazionale di mobilitazione sugli sfratti, le più importanti associazioni di inquilini hanno presentato un lungo documento nel quale, dopo un'attenta analisi della situazione, venivano fatte

alcune proposte<sup>17</sup>. Secondo le associazioni degli inquilini vi sono alcuni obiettivi immediati da perseguire: l'aumento degli alloggi in locazione a canone sostenibile; il sostegno al reddito familiare attraverso l'apposito fondo per l'affitto e la riforma del regime delle locazioni, al fine di riequilibrare le dinamiche del mercato; l'approvazione di una norma urbanistica nazionale che possa stabilire regole più stringenti sulla quota di vantaggi pubblici che, a seguito di operazioni immobiliari, devono essere ceduti per garantire una provvista pubblica di aree quote volumetriche sul costruito e recuperato da destinare all'edilizia residenziale pubblica. Viene anche ipotizzato un nuovo ruolo della Cassa Depositi e Prestiti che, oltre a finanziare fondi immobiliari, potrebbe assumere quello di prestatore di finanziamenti agli enti locali, sul modello della CDC francese, per programmi speciali di edilizia che abbia al suo interno quote prevalenti di alloggi pubblici a canone sociale. Si avverte insomma l'esigenza di uscire dall'emergenza con risposte immediate anche a carattere locale, ponendo in essere azioni concrete per ridurre il disagio.

Tornando alla capitale, tutta la cintura urbana si sta sempre più caratterizzando per la presenza di palazzi sfitti e case invendute e il cuore del problema è proprio in quelle periferie, dove più forte è il bisogno di case. Si tratta di una cifra consistente di alloggi vuoti, circa 50-60 mila case invendute. Partendo da tale dato e dalla constatazione che ormai il mercato delle vendite a Roma è saturo, qualcuno ha cominciato a ipotizzare interventi sull'invenduto, proprio partendo da tale patrimonio di case che, da sole, potrebbe dare una risposta immediata a quanti si trovano in una difficile situazione abitativa. Interessante quella proposta di recente dal presidente di Edilter, Dario Coen<sup>18</sup>. A differenza di altri che sono intervenuti sul tema s'ipotizza, non tanto di far acquistare al Comune gli appartamenti invenduti, ma di farli transitare all'amministrazione capitolina in cambio del permesso, accordato ai costruttori, di adoperare caserme dismesse. I costruttori, dal canto loro, potrebbero ristrutturarle e trasformarle in case, uffici e aree pubbliche, con il doppio vantaggio di un'effettiva riqualificazione. È una delle proposte sul tappeto. Costruttori e inquilini, a causa di una crisi così imponente, potrebbero trovare punti di convergenza. Altra ipotesi sollevata è quella del riutilizzo di case abusive che non arrechino danni al contesto ambientale nel quale sono inserite e non violino alcun vincolo naturalistico<sup>19</sup>. Al posto della demolizione se ne avverrebbe l'acquisizione al patrimonio comunale per essere riassegnate a chi ne ha bisogno, entro trenta giorni.

Un'altra interessante iniziativa è stata portata avanti dall'Unione Inquilini all'interno della campagna contro "gli affitti in nero"<sup>20</sup>. Recependo il decreto legislativo n. 23 del 2011 si è offerta la possibilità agli inquilini di auto-denunciare il proprio contratto "in nero" registrandolo presso le Agenzie delle Entrate ottenendo, in cambio, un regolare contratto di otto anni a un canone annuo pari a tre volte la rendita catastale dell'unità immobiliare che è stata occupata. Si è riusciti a coinvolgere, solamente nei primi due mesi di applicazione, 450 persone, immigrati, giovani studenti e lavoratori, con un risparmio mensile sul canone di circa 700 euro pro capite. Questo ha permesso nuove entrate per il fisco pari, solo dai dati riscontrati in due mesi di registrazioni, a circa 500.000 euro. Secondo il segretario dell'Unione Inquilini, al 30 marzo il numero dei contratti registrati è salito a 1.000 e molto importante è stata la pubblicizzazione, da parte dei media, della Campagna, ed anche il positivo effetto che il "passa-parola" tra gli stranieri ha avuto, soprattutto dopo che le forze dell'ordine e la stessa magistratura, con diversi pronunciamenti, hanno decretato la totale liceità delle operazioni di registrazione effettuate.

Negli ultimi anni si è assistito, da parte delle istituzioni locali, con l'avallo delle prefetture, al tentativo di dare risposte concrete alla grave crisi del settore. Alcuni interventi hanno affrontato problematiche particolari,

quali quella che ha visto in prima linea la Prefettura di Roma in una vicenda che ha affrontato, e felicemente risolto, la situazione degli inquilini a rischio di sfratto che vivevano, da anni, nei pressi della Basilica di San Paolo, in Largo Veratti, in case appartenenti agli Enti, poi messe in vendita sul mercato. Attraverso una complessa trattativa è stato possibile offrire la possibilità, agli inquilini, di poter restare nelle proprie abitazioni<sup>21</sup>. Altre volte, invece, si è tentato di affrontare anche questioni più spinose, quale quella della morosità. Riportiamo a titolo esemplificativo due esempi. Il 14 luglio 2011, a Bologna, è stato firmato un protocollo d'intesa che prevede soluzioni concordate tra inquilini e proprietari, volte al mantenimento dell'alloggio da parte di cittadini impossibilitati a sostenere i costi dell'affitto poiché si sono trovati sempre più pressati dalle gravi difficoltà economiche<sup>22</sup>. Il prefetto di Bologna ha presentato i risultati del lavoro del tavolo tecnico che ha messo, gli uni accanto agli altri, attori diversi: la regione, la provincia, i comuni di Bologna e Imola, l'ANCI, i sindacati CGIL – CISL – UIL, le associazioni maggiormente rappresentative dei proprietari e degli inquilini, istituti di credito e fondazioni bancarie, oltre a rappresentanti del Tribunale Civile.

L'interessante documento elaborato, che aggiornava un precedente accordo del 18 maggio 2010, ha inteso affrontare in maniera efficace la problematica degli sfratti per morosità, al fine di salvaguardare il mantenimento dell'alloggio da parte dell'inquilino che non riusciva più a sostenerne le spese, assicurando, altresì, al proprietario il recupero parziale (nella misura dell'80%) del credito relativo alla morosità. Ciò grazie al finanziamento, da parte della Regione Emilia Romagna, di un fondo di salvaguardia pari a 400.000 euro, gestito dalla provincia, per l'erogazione di contributi a fondo perduto finalizzati a ripianare, parzialmente, la morosità. Grazie a tale intervento è possibile la copertura del 50% dell'affitto. La rimanente quota sarà, invece, a carico dell'inquilino che avrà la possibilità di accedere a linee di credito "dedicate", aperte presso gli istituti bancari firmatari dell'accordo. Le fondazioni bancarie firmatarie garantiranno, a tal fine, un prestito di 500.000 euro, sempre gestito dalla provincia. Si tratta dunque di una soluzione innovativa e si attende con grande interesse l'elaborazione dei risultati, perché le misure approntate hanno avuto carattere sperimentale fino al 31 dicembre 2011.

Le buone pratiche, in un certo qual modo, fanno da battistrada ad altre analoghe iniziative. La Prefettura di Rimini, sulla scia di quella di Bologna, ha sollecitato le istituzioni locali a verificare la possibilità di costituire un apposito fondo di garanzia per la graduazione degli sfratti<sup>23</sup>. Per ora sono al lavoro le amministrazioni provinciali e comunali riunite in un tavolo tecnico e il progetto sarà poi presentato agli istituti di credito e alla Regione e sono stati già avviati contatti con il Tribunale per verificare la possibilità di impostare politiche nuove di intervento per l'emergenza abitativa "in tempo reale".

Altre volte sono invece i comuni a muoversi in proprio. Quello di Brescia, in collaborazione con l'Istituto per le case popolari, ha messo in campo iniziative finalizzate al sostegno delle famiglie in grave difficoltà economica derivante dalla perdita del reddito, attraverso l'istituzione di fondi e la concessione di garanzie nei confronti del mercato immobiliare privato<sup>24</sup>. Altri comuni, poi, hanno deciso di porsi come modello per le istituzioni, com'è successo a San Giuliano Milanese, un comune di circa trentacinquemila abitanti, a nove chilometri da Milano<sup>25</sup>. Dopo che era stato stilato un interessante protocollo d'intesa per contenere gli sfratti basato su un perfetto bilanciamento tra garanzie e risorse, la Prefettura di Milano ha deciso di aderire all'iniziativa che prevede interventi, anche, della Regione, del Tribunale di Lodi, dell'ABI, dei sindacati e

delle associazioni degli inquilini. L'assessore alle politiche abitative di San Giuliano Milanese ha spiegato la sua ricetta: attivare collaborazioni tra enti e istituzioni locali, in modo che ciascuno possa compartecipare al progetto attraverso risorse proprie nel tentativo di contrastare a monte il problema. Il progetto potrà, poi, diventare un modello da seguire nel territorio.

### Alcune proposte

A livello nazionale:

- Ampliamento della proroga degli sfratti anche per le morosità (almeno a quelle “incolpevoli”).
- Rifiutare il Fondo per il sostegno all'affitto e creazione di meccanismi di erogazione dei contributi, nel minor tempo possibile.
- Tavolo nazionale sul problema delle case degli Enti (vero patrimonio di housing sociale).
- Diffusione delle *best practice* sul territorio nazionale.
- Pubblicazione della *white list* dei 12.000 immobili demaniali che il decreto legislativo 85/2010 destina ai Comuni.

A livello locale:

- Accordi tra proprietari di immobili e municipi per destinare una quota di alloggi demaniali, già destinati ai comuni, alle famiglie in difficoltà e ad anziani.
- Portare a termine la vendita degli edifici residenziali pubblici (a chi ne ha la possibilità). Studiare forme di transazione per il debito maturato dagli inquilini sopra una certa quota di reddito. Con i proventi prevedere interventi di recupero del patrimonio di edilizia residenziale, manutenzione e aiuti alle “morosità incolpevoli”.
- Nuove assegnazioni a chi è in graduatoria al massimo del punteggio per le case di edilizia residenziale che si sono rese libere.
- Accordi con i proprietari con regole stringenti per garantire immobili sul costruito da destinare all'edilizia residenziale pubblica.
- Incentivazione degli interventi per gli affitti in nero.
- Maggiori incentivi ai giovani a lasciare casa anche attraverso la sperimentazione di forme di co-housing con anziani (soprattutto nei quartieri vicini alle Università).

<sup>1</sup> Un'indagine del CRESME su dati ISTAT stima in 3.263.700 le famiglie in affitto. I dati sono riportati in Tabella 1.

<sup>2</sup> Secondo l'Osservatorio degli sfratti del Ministero dell'Interno il Lazio, nel 2010, ha un'incidenza regionale del 10,4% sul numero totale degli sfratti. Per i dati cfr. Tabella 2.

<sup>3</sup> Il dato è dell'Unione Inquilini che stima in 7.533 le famiglie sotto sfratto su un totale di 570.585 famiglie in locazione.

<sup>4</sup> Cfr. Ministero dell'Interno – Osservatorio sugli sfratti. Anno 2010.

<sup>5</sup> I dati del 1° semestre sono riportati in Tabella 5. È interessante notare come nel mese di marzo ed aprile le richieste di esecuzione presentate nei comuni della Provincia di Roma hanno addirittura superato quelle presentate presso il Tribunale Civile della Capitale.

<sup>6</sup> Guidonia è divenuta la terza per numero di abitanti nel Lazio ed è la 52° in Italia. L'analisi relativa alla crescita demografica ha dimostrato il consistente aumento del numero di immigrati, che rappresentano circa un quinto della popolazione residente.

<sup>7</sup> È riportata tra i dati una scheda della Confedilizia che illustra con chiarezza le modalità applicative della legge.

<sup>8</sup> Si tratta del D.L. 629 del 1979, fortemente voluto dall'allora consigliere del presidente della Democrazia Cristiana, Beniamino Andreatta. Da notare che il provvedimento legislativo viene preso in esame quando il problema della morosità era ben lungi dal manifestarsi in maniera così drammatica.

<sup>9</sup> Cfr. CGIL-SUNIA. *La crisi economica acuisce il fenomeno degli sfratti per morosità. Rapporto sull'incidenza della crisi economica sugli sfratti* – Anno 2009.

<sup>10</sup> Il telefono della solidarietà della Comunità di Sant'Egidio, (che ha come utenza telefonica il numero 06.8992234) è stato attivato dal 1984 ed è in funzione nel pomeriggio, dal lunedì al venerdì. Qui è possibile raccogliere le segnalazioni di quanti si trovano in difficoltà. Solo per dare conto dell'enorme lavoro svolto, negli ultimi 5 anni sono giunte 12.000 richieste di aiuto. Ad esse si aggiungono quelle di chi vuole rendersi utile e di operatori dei servizi socio assistenziali che chiamano per i propri casi.

<sup>11</sup> Le convivenze tra anziani sono trattate più diffusamente nel capitolo che ha per titolo: “Isolamento e solitudine, nuove povertà...” di questo Rapporto.

<sup>12</sup> A Roma sono previsti 22 residence. Il costo medio di un posto in assistenza alloggiativa è di 824 euro mensili ma alcuni, com'è stato ampiamente documentato dalla stampa (particolarmente dal Corriere della Sera con un articolo del 6 febbraio 2011) costano a Roma Capitale come un albergo a 5 stelle. Il costo totale ammonta a 33 milioni di euro.

<sup>13</sup> Il termine, dapprima utilizzato dalle associazioni degli inquilini, per evidenziare la distanza sempre più marcata tra capacità economiche della domanda e attese dell'offerta, acuita ancor di più dalla crisi, è entrato anche a far parte delle normative comunali e regionali. Tra i tanti esempi cfr. la Deliberazione della Regione Piemonte del 30 dicembre 2011 n. 20-3208, che esclude dalle sanzioni previste per gli affittuari delle case popolari che risultano inadempienti al pagamento degli affitti, i casi di morosità incolpevole.

<sup>14</sup> Nomisma, ogni anno, assieme a Solo Affitti, franchising immobiliare nato nel 1997 da alcuni imprenditori del settore, compie una rilevazione degli affitti nelle principali città italiane. Nel 2012 ha evidenziato come l'Italia sia spaccata in due: al sud vi è un calo dei canoni di locazione (Napoli ad es. è al -3,8%, cali ancora più consistenti a Cagliari (-4,4) e Palermo (-4,3), mentre al centro e al nord gli affitti continuano a salire. Il canone medio rilevato a livello nazionale è pari a 574 euro mensili (625 se ammobiliato). Milano e Roma hanno i canoni medi più elevati (974 e 987 euro mensili).

<sup>15</sup> Cfr. Piano Casa della Regione Lazio. Primi indirizzi e direttive per la piena ed uniforme applicazione degli articoli 2,3, e 6 della Legge Regione Lazio n. 21/2009, come modificata, integrata e sostituita dalla Legge Regione Lazio n. 10/2001.

<sup>16</sup> Sono frasi estrapolate dalla dichiarazione che la presidente Polverini ha rilasciato attraverso l'Ufficio Stampa della Regione Lazio il 28 marzo 2011.

<sup>17</sup> Cfr. “Sfratti non più. Giornata di mobilitazione nazionale contro gli sfratti” – Documento elaborato dalle Segreterie generali dei sindacati inquilini SUNIA-SICET-UNIAT il 13 dicembre 2011.

<sup>18</sup> *Roma, caserme per l'inventuto* di Giulia del Re in “Il Sole 24 Ore” del 4 aprile 2011.

<sup>19</sup> La proposta di legge regionale è dell'on Miele, del gruppo della presidente Polverini, ed è stata presentata durante una conferenza stampa che si è tenuta a Roma il 1° marzo 2012.

<sup>20</sup> La campagna nazionale contro gli affitti in nero è stata dapprima pubblicizzata sul sito dell'Unione Inquilini ma ha potuto trovare ampia diffusione solo dopo alcune sentenze, favorevoli agli inquilini, riportate dalla stampa.

<sup>21</sup> La trattativa è stata portata avanti all'inizio del 2010, durante un tavolo interistituzionale che si è tenuto presso la Prefettura di Roma, con Comune, Regione e rappresentanti della Società Immobiliare Area Mestre e si è conclusa con l'acquisto, da parte della Regione Lazio e del Comune di Roma dei 106 appartamenti dismessi.

<sup>22</sup> Maggiori notizie sul protocollo di intesa sul sito del Ministero dell'Interno, News del 15 aprile 2010.

<sup>23</sup> Su impulso della Prefettura di Rimini il 30 gennaio 2012 si è riunito un tavolo tecnico provinciale sull'emergenza abitativa con rappresentanti dell'amministrazione provinciale di Rimini, dei comuni, ACER e delle organizzazioni sindacali. Il fine è il raggiungimento di due obiettivi: favorire la disponibilità sul mercato di case in affitto a prezzi calmierati e istituire un fondo di garanzia per la “gradazione” degli sfratti.

<sup>24</sup> Il Comune di Brescia è particolarmente attento alle problematiche inerenti alle difficoltà abitative. Nel 2010 ha realizzato, un progetto abitativo rivolto a persone che avevano la necessità di una sistemazione temporanea, avendo un contratto di lavoro non ancora a titolo definitivo o persone che necessitavano di una casa come elemento di supporto per la costruzione di un progetto sociale di orientato all'autonomia. Sull'importante ruolo che possono svolgere i comuni cfr. CITTAITALIA – ANCI Ricerche, *I Comuni e la questione abitativa. Le nuove domande sociali, gli attori e gli strumenti operativi*, febbraio 2010.

<sup>25</sup> La notizia è reperibile sui quotidiani locali (Milano Today del 22 dicembre 2011 e Il Giorno – Milano Sud del 15 gennaio 2012).

## ESSERE DISABILI

*La vita quotidiana dei disabili racconta la fatica a vivere in modo dignitoso, spesso anche solo per evitabili complicazioni burocratiche oltre che per la reale riduzione di servizi e di risposte ai propri bisogni. Si rischia, ad oggi, di scivolare rapidamente dall'inclusione – conquista di anni – all'esclusione, di scadere dalla partecipazione alla “compartecipazione”: sì, ma solo alle spese. L'equità fiscale ed economica sembra infatti la strada maestra: ciò che essa, però, non ci consente di fare è prendere realmente in considerazione le diversità. La disabilità comporta spesso molti costi aggiuntivi, non calcolabili con il solo ISEE. Non è solo un grido d'allarme. Questo contributo vuole dare risposte, mirando a configurare una realtà diversa attraverso proposte concrete. Molte delle esperienze qui raccontate, quali quelle relative al lavoro e al problema alloggiativo, possono indicare un nuovo modo per superare la crisi; così come meno burocrazia, una reale integrazione socio-sanitaria e “reti” solidali di quartiere sono altrettante strade percorribili per una diversa qualità di vita delle persone disabili.*

*Certo non è facile. Ma la storia del paese ci insegna che la sua qualità, e il suo futuro, si misura proprio a partire dalla capacità di sostenere e di dare aiuto ai più fragili.*

### **Gioco dell'oca burocratico: una storia a lieto fine**

Claudio ha 50 anni, da 10 ha problemi di deambulazione, da 5 la diagnosi è: sclerosi multipla. Fino al maggio 2010 era residente nel IV Municipio di Roma, seguito in tutto (assistenza domiciliare, infermieristica, riabilitativa, cura della casa, gestione pratiche burocratiche) attraverso un progetto a cura dell'Ospedale Israelitico.

A un certo punto la situazione clinica peggiora, diventa totalmente non autosufficiente per cui non può più rimanere in casa: viene prospettato un ricovero in una RSA. Ma Claudio è sempre vissuto in casa, in istituto non vuole proprio andarci.

Trovare aiuto da soli sarebbe impossibile senza una “regia socio-sanitaria”, con una presa in carico tempestiva ed efficace: conseguentemente, con troppa facilità, si finisce in istituto. Contro la volontà della persona.

Fortunatamente trova ospitalità nella casa della Comunità di Sant'Egidio a Monteverde, nel XVI Municipio. Il trasferimento in un altro municipio e in una nuova ASL porta all'interruzione dei servizi e alla necessità di avviare un nuovo iter burocratico.

L'*assistenza domiciliare* viene riattivata, ma solo per 1 ora al mattino, per sei giorni a settimana. Non è possibile di più.

Per l'assistenza infermieristica è necessaria una visita specialistica di un urologo pubblico, poi un contatto con la cooperativa che gestisce il servizio, previa autorizzazione del CAD che autorizza il cambio del catetere ogni 4 settimane. Ben presto ci si accorge che non è sufficiente, ma per aumentare la frequenza degli accessi bisogna rifare la richiesta. Nuovo "giro", con la necessità di rinnovo periodico ogni tre mesi. Per ripristinare la fisioterapia, grazie anche a contatti personali, c'è voluto "solo" un anno di lista d'attesa: ma anche questo servizio va rinnovato ogni tre mesi (anche se è chiaro che la riabilitazione, per una persona con sclerosi multipla, è assolutamente indispensabile).

Per gli ausili non è stato possibile il trasferimento del dossier da una ASL all'altra per cui sono stati necessari una nuova visita specialistica e un nuovo iter per l'autorizzazione, con rinnovo ogni tre mesi. Purtroppo si scoprono procedure diverse tra richiesta dei pannoloni e quella del catetere/sacche. Quest'ultima è molto più complessa perché va richiesto un preventivo alla ditta e sottoposto alla ASL, riportato alla ditta che peraltro in genere non prevede un servizio di consegna a domicilio.

Il costo di questo "gioco dell'oca burocratico" sarebbe stato di 350 euro, corrispondente a 35 ore-lavoro di un assistente. Per non parlare del trasporto, del carburante, del costo degli ausili in attesa della riattivazione delle forniture, della necessità di ripetere periodicamente alcuni passaggi per il rinnovo trimestrale dei servizi.

Ovviamente, senza la presenza di un amico o di qualsiasi altro *care giver*, Claudio non ce l'avrebbe fatta.

### Disabili in tempo di crisi

Nel Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio 2011 era già stata riportata una situazione di grave difficoltà per la vita delle persone con disabilità. A un anno di distanza, in piena crisi economica, non possiamo dire che la situazione sia cambiata. In alcuni casi è peggiorata, anche per una serie di scelte che hanno pesato e pesano notevolmente sul sistema di welfare.

La spesa pubblica italiana per la disabilità è solo dell'1,6 del Pil, il 31% inferiore alla media dell'Europa a 15 (dati Eurostat 2011). Il leitmotiv più ricorrente, laddove ci si rende conto che non è possibile fare nuovi tagli, è perlomeno cercare di "ottimizzare" i servizi se sono a rischio le già modeste risorse del passato. Conviene prestare molta attenzione al lavoro di "ottimizzazione", in quanto il costo di alcuni servizi e prestazioni talvolta è incomprimibile. Il rischio che si corre è di buttare a mare anni di delicata tessitura di un sistema di garanzie ed integrazione che ha prodotto un sistema di welfare che – se pur perfettibile – rappresenta un modello rispetto ad altri paesi.

Il welfare – per il benessere di tutti, e non solo dei più fragili – è un investimento che non può dipendere solo dalla crescita, ma può essere crescita in un paese a capitalismo maturo, dove la qualità della vita è fattore identitario.

Il grande patrimonio socio-culturale del nostro paese ha realizzato, infatti, negli ultimi decenni, un sistema di welfare fondato essenzialmente su due elementi. Da una parte un Sistema Sanitario Nazionale che, dalla fine degli anni '70 garantisce, secondo l'art. 32 della nostra Costituzione, la salute a tutti gli italiani, compresi gli indigenti. Dall'altra un sistema di garanzie e di provvidenze, sotto il controllo degli enti locali, che

tutela gli aspetti sociali degli individui e delle famiglie. Due elementi intrecciati tra di loro, se è vero che tra i fattori determinanti della salute ritroviamo elementi come la casa, l'istruzione, il lavoro, la giustizia e l'equità sociale.

Per ottimizzare le risorse il primo passo è integrare. È la vera priorità. L'attuale crisi potrebbe trasformarsi in un'opportunità: costringere le istituzioni locali ad adottare reali modelli di integrazione, non solo tra sociale e sanitario – antico sogno – ma tra diversi soggetti pubblici e privati. Come? Ci sono punti di sofferenza da rilevare anzitutto.

Non è certo l'intento di questo lavoro suggerire indicazioni operative, tracciare piste risolutive per problemi complessi in modo semplificato. Vorremmo piuttosto dar voce ad una crescente preoccupazione di molti disabili, famiglie, associazioni.

Un primo esempio è la campagna di verifica delle pensioni INPS per scovare i "falsi invalidi". La campagna ha riguardato essenzialmente gli invalidi tra i 18 e i 67 anni. Inizialmente l'annuncio delle verifiche ha in qualche modo rassicurato i veri invalidi, in quanto si sperava portasse più garanzie agli aventi diritto. È stato ben raccolto dai media come esempio di moralizzazione, in tempi caotici. In realtà, a seguito di molti disguidi, che hanno interrotto in non pochi casi l'erogazione delle indennità, come pure di diminuzioni di percentuali che hanno portato all'eliminazione del magro beneficio economico, si sono creati due effetti perversi.

Il primo effetto collaterale, "culturale", è stato la crescita di un certo fastidio verso la fascia "improduttiva" dei pensionati. Lo si è constatato nell'incontro con tanti disabili, molto spesso alla soglia di uno stato di povertà, un atteggiamento che induceva quasi a doversi giustificare per il proprio stato, frutto anche di un diffuso pregiudizio che si è andato diffondendo nell'opinione pubblica. Ma l'indennità economica di un disabile è un diritto, non un furto.

Il secondo è stato l'accanimento su fragili situazioni *borderline* con conseguente peggioramento della situazione stessa. Ci si riferisce ai casi in cui la percentuale d'invalidità è diminuita sotto il 74%, in quanto gli invalidi sono "migliorati", con conseguente riduzione del proprio livello di disabilità. Sempre invalidi, certo, ma senza i 267 euro che spesso aiutavano a vivere. E molto spesso con analogha interruzione/dilazione del progetto riabilitativo personalizzato, anche per effetto dei tagli regionali alla riabilitazione. I due fatti, combinati, hanno rappresentato un crollo reale nella vita di persone disabili reali. Dal punto di vista oggettivo si fa fatica a pensare come sia possibile il miglioramento a fronte di una riduzione o dilazione, in molte regioni, dei servizi di riabilitazione. Appare più un miglioramento "burocratico" che effettivo, con un danno e un peggioramento reale.

Su questa vicenda è comunque utile rilevare che – a seguito degli 800.000 controlli effettuati in quattro anni – il risparmio ottenuto è di circa 70 milioni l'anno (non considerando le spese legali connesse ai numerosi ricorsi persi), cioè soltanto l'1% della spesa complessiva annua sostenuta per le provvidenze economiche.

Un approccio "top-down" nell'affrontare e risolvere le questioni del welfare può non raggiungere gli effetti sperati e dichiarati. Vorremmo con questo documento proporre una serie di suggestioni provenienti ancora una volta dall'esperienza vissuta nei diversi ambiti della città di Roma e dell'intera regione.

### Richiesta riconoscimento invalidità civile: forse non tutti sanno che...

A decorrere dall'1 gennaio 2010 le domande per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS esclusivamente per via telematica.

Il cittadino si reca dal medico curante certificatore. Non tutti i medici di base lo sono. La "certificazione medica" può essere compilata dal medico solo on line, sul sito internet dell'istituto [www.inps.it](http://www.inps.it). Il medico, dopo l'invio telematico del certificato, consegna al cittadino la stampa firmata, che dovrà essere esibita all'atto della visita, assieme alla ricevuta di trasmissione con il numero di certificato.

Ogni medico curante può richiedere il PIN all'INPS per accedere alla procedura: l'elenco dei medici certificatori accreditati è pubblicato sul sito internet dell'INPS.

Ma non è solo questa la novità. Forse non tutti sanno che per richiedere questa certificazione on line bisogna pagare. Non importa se la persona sia indigente o impossibilitata a pagare per altri motivi: le tariffe variano dai 50 ai 120 euro a seconda del medico curante. È possibile anche on line (ammesso che se ne abbiano le capacità/possibilità), ma con tariffe non inferiori ai 48 euro!

### A casa si risparmia. A casa è meglio

La novità di quest'anno è la pubblicazione del nuovo Piano Regolatore Sociale Roma Capitale, frutto del lavoro di istituzioni, associazioni, cittadini di Roma e provincia.

Si legge nel preambolo del documento nella parte dedicata alla situazione dei disabili:

*“Le persone con disabilità sono portatrici di una serie di bisogni sociali che si sintetizzano nella possibilità di ridurre al minimo gli effetti negativi delle loro disfunzioni fisiche e sensoriali e dunque le limitazioni di opportunità rispetto a quelle della maggior parte della popolazione. Si tratta di bisogni collegati alla possibilità di condurre una vita sicura, serena e dignitosa, anche attraverso un'assistenza personalizzata; alla possibilità di un alloggio idoneo; all'acquisizione della massima autonomia possibile, anche attraverso l'utilizzo di ausili appropriati; alla partecipazione alla vita sociale e all'esercizio delle responsabilità civiche; all'accesso alle opportunità ludiche, culturali e sportive; all'accesso al lavoro e all'occupazione; all'esercizio del diritto all'istruzione”.*

Il nuovo approccio alla disabilità – si dice nel Piano – è frutto dell'applicazione della Convenzione ONU su diritti dei disabili del 2009, come pure della riflessione sui nuovi criteri classificatori dell'ICF (International Classification of Functions) dell'OMS.

Questo è molto importante, ma forse guardare ai disabili non solo come “portatori di una serie di bisogni sociali...” – più o meno soddisfatti – ma come persone con le esigenze e le aspettative di tutti può aiutare a costruire prospettive diverse. Ci proviamo.

Consideriamo ad esempio la questione alloggiativa. È un problema per tanti, non solo disabili. Ma per i disabili, a differenza di molti altri, spesso è più facile pensare a soluzioni abitative non individuali. Non solo perché la vita indipendente è più difficile (anche se va favorita, laddove richiesta o possibile), ma so-

prattutto perché la solitudine spaventa di più rispetto ai cosiddetti “normali”. Allora si può progettare una casa alloggio, perché a nessuno piacerebbe finire in istituto.

La Regione Lazio, per rispondere a questa necessità, vera emergenza per tanti genitori anziani con la preoccupazione per il futuro del proprio figlio disabile (il “dopo di noi”) ha sintetizzato in un documento del giugno 2011 le varie opportunità esistenti<sup>1</sup>.

Accanto al dovere delle istituzioni regionali e capitoline di farsi carico del problema, contabilizzando ogni aspetto, forse è possibile ipotizzare, specialmente in un periodo come questo “a risorse limitate”, anche soluzioni diverse.

Ne raccontiamo una, realizzata da anni dalla Comunità di Sant'Egidio.

Cominciamo dalle mura. La casa talvolta può esserci già, perché assai spesso capita che dei genitori previdenti, se la posseggono, decidono di intestarla al figlio disabile. È un primo modo per garantirgli il “dopo di noi”. Altri magari non hanno questa fortuna. Ma è possibile ospitare nella casa di proprietà altri disabili meno fortunati, che magari possono contribuire alle spese con la propria pensione e/o l'assegno di accompagnamento. Già, perché anche economicamente un disabile può essere una risorsa. Limitata, ma una risorsa. E non solo economicamente.

E gli operatori? È vero, sul costo di una casa alloggio grava in maniera importante il personale assistente, talvolta più del 50%. Ma se un disabile è in grado di collaborare, proprio come farebbe a casa propria, si può utilizzare questa risorsa. È il segreto di creare soluzioni alloggiative “miste” per livello di problematicità, in cui non ci siano solo situazioni “gravi” dal punto di vista assistenziale. Poi certo, ci possono essere le risorse già esistenti del Municipio, come l'assistenza domiciliare diretta o indiretta, il servizio infermieristico o riabilitativo della ASL, il servizio di assistenza leggera, da mettere in rete. Un sistema “a isole” è troppo oneroso e non funziona bene.

Una casa normale, in un quartiere normale, facilita maggiormente l'inserimento nel tessuto urbano. Molto spesso è in grado di suscitare risorse inaspettate, come quella di negozianti disposti a collaborare, di vicini disponibili, di realtà sociali attivabili. Per le attività quotidiane è opportuno cercare, a tutti i livelli, l'inserimento in realtà esterne alla casa.

Nella misura in cui molte attività sono svolte all'esterno, la presenza degli operatori può essere modulata nelle diverse fasce della giornata.

E poi c'è la famiglia. Se ancora vive il padre o un fratello non solo è necessario mantenere con la visita questi legami, ma possono rappresentare essi stessi una risorsa da utilizzare per il buon funzionamento della casa. Sul costo degli operatori è comunque possibile incidere con due elementi: il supporto di risorse del volontariato<sup>2</sup> come pure del servizio civile<sup>3</sup>.

Nell'esperienza della Comunità di Sant'Egidio è fondamentale l'impegno di amici che, su base volontaria, sostengono la casa con la loro presenza. Questo aiuta a contenere i costi: nel 2011 il budget totale per il funzionamento della casa, con 12 ospiti, è stato di circa 75.000 euro, per cui il costo medio per persona è stato poco più di 520 euro al mese. Attraverso il contributo del proprio assegno di accompagnamento in questo modo si riesce ad aiutare chi ha meno possibilità, o non ne ha affatto. Il sapiente intreccio tra risorse personali dei disabili stessi, servizio pubblico, vicini solidali e amici disponibili rende possibile quello che appare impossibile o insostenibile. E lo rende replicabile.



Tutto questo non esclude l'obbligo delle istituzioni a garantire il giusto apporto economico alle strutture residenziali esistenti e ad aprirne di nuove. Molto importante è lo stanziamento nel bilancio di Roma Capitale, nel dicembre scorso, di un milione e 850 mila euro al fine di implementare le risorse per le case famiglia che ospitano 380 persone disabili non autosufficienti. In questo modo si è dato il via a un primo adeguamento della retta corrisposta dall'amministrazione comunale sia rispetto all'indice ISTAT che al costo del lavoro fermo al 2007: arriverà progressivamente, entro il 2016, ad un importo di 222 euro al giorno per una persona con disabilità grave (ad oggi poco meno di 150 euro al giorno), 286 euro se la disabilità è gravissima. Si capisce che è un contributo modesto ma che unito ad altri può diventare decisivo.

### **A casa dopo una vita in manicomio. Ma ora si torna in istituto**

Rimanendo all'interno della questione alloggiativa sembra utile raccontare una storia che suscita un allarme. Per problemi economici si possono rimettere in discussione importanti conquiste frutto di anni e anni di lavoro per la dignità di persone con difficoltà. Occorre esserne avvertiti e arginare scivolamenti progressivi.

Nel 1995 a Roma nasce una nuova casa alloggio: "Casa Nefertiti". Lo sappiamo: è il nome di una principessa egiziana, che significa "Bellezza che è arrivata". Ed è davvero una "bellezza" di notizia per le cinque donne che vi vengono ospitate, da sempre vissute in manicomio, al Santa Maria della Pietà. Il costo della casa è molto limitato. Si tratta di un alloggio popolare della periferia della città. C'è solo il costo del personale assistente, ovviamente presente tutto il giorno.

Dopo una vita in manicomio, la legge Basaglia ne ha decretato la chiusura: finalmente una casa. Ma ora, dopo 16 anni di vita nella casa, paradossalmente la famiglia si smembra per far tornare tutti in istituto. La casa costa troppo e la Regione Lazio ha deciso di ridurre il personale presente a sole 12 ore, ritenendola una SRSR non ad elevata, ma a media attività assistenziale (solo 12 su 24 ore di assistenza) <sup>4</sup>. Ovviamente gli ospiti non possono dormire da soli. Il risultato è paradossale: non solo si divide un nucleo familiare ormai consolidato, sradicando le ospiti da un quartiere in cui si erano create tutti i nuovi rapporti, ma le si costringe ad un ritorno in istituto.

È stato proposto dalla Comunità di Sant'Egidio di assumere una badante, magari per la sola notte, situazione molto, ma molto più economica per le casse della Regione (da notare come il costo medio mensile di una badante è di circa 800/1000 euro, pari al costo di un giorno di ricovero ospedaliero) ma niente da fare. Troppo rischioso per problemi legali, di tutela. Alcune delle ospiti hanno compiuto nel frattempo 65 anni. La competenza passa quindi al servizio anziani, per cui è forse più naturale il trasferimento in un RSA per anziani. Ma non è detto che costi meno: un giorno di retta costa 118 euro a persona.

Qual è il vero nodo? Non si tratta solo di una miopia istituzionale, che provoca crolli di monumenti di relazioni umane costruite con leggi e fatiche di anni, ma della mancanza di una flessibilità e inventività minima necessaria per rispondere a delicate situazioni sociali.

### **Le Case famiglia della Comunità di Sant'Egidio: un nuovo modello abitativo per i disabili per vivere la città senza barriere**

L'incertezza del futuro è uno dei problemi che i disabili e le loro famiglie avvertono con maggiore preoccupazione. Molte volte le soluzioni che a livello istituzionale vengono proposte sono poco personalizzate e finiscono per aggiungere alla condizione di disabilità il peso della solitudine. Il ricovero in istituto o in RSA si prospetta ancora come una delle soluzioni più diffuse.

La Comunità di Sant'Egidio ha avviato una serie di iniziative che aiutano i disabili a restare nel proprio ambiente, nella loro casa e a trovare risposte abitative sostenibili, quali coabitazioni, residenze protette o case famiglia, cercando di valorizzare e sfruttare al meglio le risorse umane, sociali ed economiche dei disabili stessi. Le case famiglia di Viale dei Quattro Venti a Roma nascono dal desiderio di creare risposte durature nel tempo, che permettano ai disabili di scegliere la forma di vita che preferiscono e di raggiungere l'autonomia, esercitare la libertà di scelta del proprio futuro e di essere indipendenti, anche grazie al sostegno di amici. A ciò si è arrivati valorizzando le risorse economiche e abitative dei disabili che sono i proprietari degli appartamenti e che hanno scelto di ospitare altri disabili.

Si tratta di tre unità abitative situate nello stesso edificio, in parte collegate. Ciò permette momenti di vita comune, ma nello stesso tempo garantisce la tutela della propria privacy e l'articolazione della vita secondo le diverse esigenze individuali. In due appartamenti i servizi di lavanderia e cucina sono comuni, c'è un collegamento interno tramite un ascensore e un grande giardino. Tre colf provvedono alla pulizia degli appartamenti, alla lavanderia e al guardaroba. Lo stabile in cui si trovano i tre appartamenti, all'interno dei quali non sono presenti barriere architettoniche, non è isolato dal contesto cittadino ed è ben servito dai mezzi pubblici di trasporto.

Gli appartamenti sono inseriti in una "rete solidale" che coinvolge i servizi domiciliari, i vicini di casa e i negozianti del quartiere. Ciò consente di rispettare il desiderio degli ospiti di continuare ad avere una vita sociale ricca, facilita l'autonomia negli spostamenti e rende loro possibile svolgere attività lavorative e ricreative.

I disabili delle case famiglia sono coadiuvati gratuitamente nella gestione domestica e nelle attività della vita quotidiana da amici della Comunità di Sant'Egidio. In questo modo le pur scarse risorse economiche individuali permettono una vita agiata per tutti.

La casa, inoltre, svolge una funzione di sostegno alle famiglie mettendo a disposizione alcuni posti di emergenza per accoglienza temporanea.

### **Riabilitazione o... rassegnazione?**

Rimanere a casa propria, o stare in una casa famiglia/comunità alloggio, a conti fatti costa meno di una retta in un istituto. Nel ricovero istituzionale spesso è richiesta una compartecipazione alla retta in base al reddito del nucleo familiare, secondo l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente). Ma ci vuole poco a superare il tetto minimo: basta che il disabile sia intestatario della casa in cui abita. Piccoli – grandi paradossi. La casa, magari conquistata dopo anni, diventa un handicap aggiuntivo.

Molte associazioni di disabili hanno registrato un reale rischio d'impoverimento a causa della disabilità e della non autosufficienza, e hanno chiesto di rivedere i parametri. Al pari della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza di tipo sanitario, da anni si attende quella relativa ai LEA di tipo sociale, che perlomeno garantirebbero il minimo di assistenza necessario. Essendo ancora assenti nel nostro impianto normativo, per la compartecipazione alle spese si chiede di non considerare come reddito le provvidenze assistenziali, quali la pensione sociale o l'indennità di accompagnamento per i disabili gravi. È una richiesta sensata.

Numerosi sono stati poi i ricorsi al TAR contro un calcolo dell'ISEE relativo all'intero nucleo familiare. Quello del Veneto, con una recente sentenza del 9/2/2012 che sta facendo discutere, ha stabilito che il calcolo va fatto sul solo reddito dell'assistito.

Certo è che il ricovero in una struttura è sempre assai impegnativo per una famiglia, sotto tutti i punti di vista. Il desiderio è di riuscire a fare stare nella propria casa un disabile per tutta la vita. Anche da anziani, proprio come è il desiderio di tutti.

In istituto, oltre all'onere del contributo concernente la fascia di reddito, molto spesso la famiglia è costretta ad assumere una badante privata per garantire un'assistenza diretta dignitosa durante la giornata, specialmente al momento dei pasti.

In Italia quasi tutte le regioni hanno previsto delle specifiche RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) per persone con disabilità. A Roma ce ne sono 2. Il numero dei posti è chiaramente molto inferiore rispetto a quelle per anziani, ma il criterio è lo stesso. Strutture in cui la riabilitazione diventa “mantenimento” e l'assistenza ha livelli assai inferiori rispetto ad una struttura residenziale di riabilitazione socio sanitaria (RSS): ogni 20 persone nelle RSA sono previste 216 ore settimanali per l'operatore di base, nelle RSS ben 836; l'infermiere è presente per 72 ore, rispetto alle 185 ore di una RSS. In sintesi, c'è un'assistenza da tre a quattro volte meno intensa. Ma non sempre la situazione dei residenti corrisponde a questo basso livello di intensità assistenziale. Qui si tocca in maniera concreta un tema di uguaglianza perché la situazione è molto difforme da regione a regione. Non è possibile risparmiare su parametri di salute ben definiti di eguaglianza tra le varie regioni italiane. È vero, la riabilitazione non è detto che sia per tutta la vita<sup>5</sup>, ma se anche non ci sarà una riabilitazione di ore, intensiva, non si deve assolutamente perdere ciò che un disabile ha riacquisito, spesso attraverso lunghi sacrifici.

Questo discorso non riguarda solo le RSA, ma anche le varie strutture semi-residenziali della Regione Lazio, le cosiddette “ex art. 26”<sup>6</sup>.

Già nel Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio 2011 era stato riportato come il progressivo taglio al budget di questi centri, del 16% in due anni, aveva comportato una consistente riduzione dell'attività riabilitativa. A seguito poi dell'introduzione di nuovi parametri da parte della Regione Lazio<sup>7</sup> in molti casi c'è stato un “rimodulamento” a SD4 (livello di “mantenimento”) che ha prodotto una notevole riduzione del personale. Via le figure specialistiche, rimangono gli assistenti.

Ma il bisogno di strutture diurne – come la nostra esperienza ha evidenziato – è un sostegno alle famiglie e un deterrente al ricovero in Istituto o RSA. È assai sentito, specialmente nelle province della Regione Lazio, dove c'è una quasi totale assenza di posti socio-riabilitativi per disabili (**Tabella 1 bis**).

Ci sono altri aspetti che da sassolini diventano via via macigni e barriere insormontabili per i disabili e le loro famiglie.

Non è possibile per il disabile un'assenza per più di 7 giorni: è necessario un certificato medico. Donatella, che abita a Vigne Nuove, in pieno agosto ha ricevuto una telefonata dal centro di riabilitazione che la obbligava a ritornare dalle vacanze, pena la dimissione. Non un grande problema, si dirà. Erano vacanze. In realtà erano vacanze con le sue relazioni sociali, la sua vita, “fuori”. Uguaglianza?

Non rimane che la vacanza con la ASL<sup>8</sup>. Ma anche qui ci sono problemi. I soggiorni sono stati infatti ridotti a soli 10 giorni, e sono diventati “un lusso”. Simone di Ostia, che lavora part-time, deve contribuire per un terzo alla spesa totale, incluso vitto, alloggio e stipendio operatore. Se si lavora a tempo pieno il contributo è del 50%.

Alla fine ogni centro, per garantire altre attività più di tipo sociale che sanitario, richiederà alle famiglie una compartecipazione alla spesa, chiamata “quota alberghiera/sociale”.

Alcuni – in misura ridotta – l'hanno già introdotta in via informale, anche perché i rimborsi delle rette da parte di regione/ASL/Roma Capitale in taluni casi hanno accumulato fino a tre anni di ritardo. È un contributo che la Regione Lazio aveva stabilito già dal 1 luglio 2010: il pagamento delle rette degli utenti sarebbero diventate a carico della Regione stessa per il 70% (quota riabilitativa): il restante 30% a carico del comune di residenza o della famiglia dell'utente se con un valore ISEE superiore a 13.000 euro l'anno (quota sociale). Pare che questo contributo sia in gestazione e molte famiglie, non potendosi permettere, hanno già deciso di lasciare i propri figli a casa.

Relativamente alla fisioterapia di “mantenimento”, concessa a persone con patologia di tipo “cronico”, si sottolinea che la Regione Lazio ha stabilito che a livello domiciliare non è possibile finanziare più di un progetto l'anno, per un totale massimo di 90 giorni. Di conseguenza le Unità Valutative delle ASL tendono ad autorizzare progetti sempre più brevi, con una moltiplicazione degli aspetti burocratici che talvolta arrivano a impegnare fino al 20% del tempo destinato al progetto stesso.

È evidente la contraddizione: nel momento in cui la fisioterapia viene concessa a livello “extramurale”, domiciliare, perché il livello di gravità rende assai difficile il raggiungimento da casa del centro di riabilitazione, il progetto riabilitativo viene limitato. È preoccupante pensare come sia possibile rinunciare a 9 mesi di trattamento riabilitativo per persone gravi senza peggiorare le condizioni cliniche.

### L'urgenza dell'integrazione tra sociale e sanitario

Come si è già affermato c'è assoluta urgenza di una reale, armonica, intelligente e personalizzata integrazione tra gli aspetti sociali e sanitari. Ma anche tra ASL, anche tra diverse amministrazioni. Nella presa in carico delle persone con disabilità non è facile spesso distinguere ciò che è realmente riabilitativo da ciò che è mantenimento. Come pure la compresenza, a volte, di disturbi mentali e psichici porta a una “incollocabilità” e alla ricerca delle pochissime strutture che accolgono persone con “sindrome mista”.

Nella giungla delle prestazioni che concorrono a realizzare progetti personalizzati troviamo la seguente classificazione: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria e sociali a rilevanza sanitaria. Diverse sono le suddivisioni della spesa tra Regione e Comune, come pure le alchimie di compartecipazione alla spesa (**Tabella 2**).

Per non parlare dei rimborsi a catena, da regione a comune, da regione ad ASL, da ASL a centro, che spesso si bloccano per anni con evidenti ripercussioni sulla vita degli utenti. Ma è possibile pensare a modelli organizzativi diversi. Che strade si potrebbero seguire?

In Lombardia, ad esempio, è interessante il dibattito sulla riforma dell'assistenza domiciliare con l'utilizzo di un *voucher* con cui si erogano sia le prestazioni di assistenza sociosanitaria che quelle socio-assistenziali relative alla cura del sé nelle normali attività della vita quotidiana. In questa regione l'ipotesi di riforma dell'assistenza domiciliare ha come partenza, sia dal punto di vista culturale che del servizio stesso, la "condizione di bisogno prevalente". Si tratta dell'elemento attraverso il quale stabilire le priorità e le caratteristiche dell'intervento necessario a rispondere ai bisogni espressi dalla persona, nelle diverse fasi della vita, indipendentemente dall'età in cui questo bisogno viene espresso e indipendentemente dalla patologia che ne determina l'insorgenza.

Molto interessante è anche l'esperienza del budget di salute e dei Progetti terapeutico-riabilitativi integrati (PTRI), già sperimentati in due diverse regioni italiane: in Campania (ASL CE 2) ed in Friuli Venezia Giulia (DSM di Trieste). Si tratta di una sperimentazione che prevede lo stanziamento di un budget per persona, e non per prestazioni, con una gestione del budget da parte di un "attore cogestore privato" (privato, famiglie, terzo settore, imprese no profit). La presa in carico della persona con disabilità avviene sulle 4 aree corrispondenti ai determinanti di salute, di cui la casa/habitat sociale costituisce molto spesso la priorità. Questo ha portato concretamente non solo a un risparmio, ma all'eliminazione di conflitti di competenze di spesa determinati da una logica per prestazioni, nell'ottica di costruire risposte integrate adeguate ai bisogni dei singoli cittadini disabili. Ma qual è la situazione ad oggi dell'emergenza assistenziale residenziale nella Regione Lazio? Attualmente il Comune di Roma ha 54 case famiglie per persone gravemente disabili, che complessivamente ospitano 384 utenti (rilevazione dai Municipi al 31/3/2011). Le persone in lista d'attesa sono 496.

La situazione in Provincia di Roma, e nelle altre città della regione, purtroppo non è migliore (si veda a questo proposito la **Tabella 1** relativo ai POSTI a carico del Sistema Sanitario Regionale, aggiornato al 7/12/2011 ed inoltre la **Tabella 3**, relativo alle STRUTTURE ESISTENTI aggiornato al maggio 2010). Più elevata è la richiesta per le RSA: all'ottobre 2010 a Roma sono ospitate 993 persone, per lo più anziani. In tutta la Regione gli ospiti arrivano a più di 2500. Ma c'è una domanda rilevata per più di 6.000 persone (di cui 570 disabili): più della metà, ben 3175, a Roma e provincia (Decreto CDA Reg. Lazio 48/2010).

L'aumento di tale domanda è legato all'insufficienza e all'inadeguatezza del servizio di assistenza domiciliare, il servizio di gran lunga più richiesto dai disabili e dalle loro famiglie<sup>9</sup>.

### **Assistenza domiciliare: un'emergenza che può essere soluzione**

Da una recente ricerca del CENSIS per la Fondazione Cesare Serono, sulla domanda di cura per Sclerosi Multipla e Autismo, due patologie molto diverse, ma ben esemplificative della galassia delle disabilità, emerge che ben il 72% degli intervistati richiede con urgenza un potenziamento dell'assistenza domiciliare.

Per conto di Roma Capitale chi si occupa di questo servizio è il SAISH (Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona con Handicap).

Dovendo rispondere a una richiesta cresciuta negli anni in modo esponenziale, questo Servizio ha avviato una sperimentazione in 4 diversi Municipi di Roma per razionalizzarne l'organizzazione, tenendo però conto che non ha aumentato di nulla il budget a disposizione. Si legge nella DGC del 21/9/2011 che sono previsti 3 diversi livelli assistenziali: basso (5 ore settimanali), medio (8 ore), alto (14 ore settimanali in tutto). Quindi anche nei casi di maggior gravità l'assistenza prevista aiuterà il disabile a malapena ad uscire dal letto la mattina e a ritornarci a sera. E durante il giorno? Bisogna accontentare tutti, cercando anzi di raggiungere più persone possibili, ma utilizzando le stesse risorse di prima.

Alcune situazioni sono però insostenibili. Come quella di Betty, una ragazza con sindrome di Down di Ostia, che vive con la madre. A sua volta la madre è disabile e anziana, non in grado di lavarla, vestirla, come pure di cucinare per entrambi. L'assistenza domiciliare erogata, in questo caso, è di un'ora al mese da 2 anni (Progetto "sollievo"). Ogni tentativo di farla aumentare è andato fallito.

Nei Municipi che non sono interessati dalla sperimentazione del nuovo modello, la situazione è ancor più triste e scoraggiante: nel portale del SAISH del Municipio X, ad esempio, si legge chiaramente che la lista d'attesa è di alcuni anni.

Nella presentazione della riforma dell'ottobre 2011 si era parlato di "abbattimento del 30% delle liste d'attesa, assistenza a 1.700 persone in più, terapie di gruppo, costi standard dei pacchetti dei servizi erogati per uniformare i costi dell'assistenza nei vari Municipi. Il tutto a risorse invariate".

Nell'aprile 2012, terminata la fase sperimentale, si è tenuta in Campidoglio un'affollata assemblea con le associazioni dei disabili e delle loro famiglie, tutti estremamente preoccupati. L'introduzione della scheda di rilevazione del bisogno assistenziale – strumento principale della riforma – sembra in realtà penalizzare e non valorizzare la presenza residuale di un genitore, spesso anziano ed anch'esso disabile. Per non parlare dell'ennesima sottovalutazione dei disabili mentali: la relativa autosufficienza motoria negli atti della vita quotidiana fa risultare spesso un punteggio finale molto basso, anche se di fatto la necessità di un aiuto è praticamente costante. Ancora una volta un miglioramento "burocratico".

C'è urgenza di integrazione tra sanitario e sociale, in primo luogo per razionalizzare la spesa. Non si capisce, infatti, come possa accadere che disabili gravi faticino a rimanere in casa, nonostante lo desiderino, perché il municipio non ha fondi per l'assistenza domiciliare, e poco distante l'ASL organizzi una vacanza a Sharm el Sheik per un gruppo di disabili lievi.

### **Muoversi, una necessità. Il costo dell'immobilità**

Mobilità e accessibilità sono due questioni aperte che nel corso di questi ultimi anni non hanno trovato risposte adeguate. Secondo il Rapporto del Censis 2010 sui servizi sociali nel Lazio, il 61,8% degli intervistati già indicava tra le priorità quella del servizio di trasporto sociale.

A due anni di distanza nel preambolo del Piano Regolatore Sociale già citato si ritorna sullo stesso problema. Si sottolinea giustamente che i bisogni di cui le persone con disabilità sono portatori sono collegati... "alla partecipazione alla vita sociale e all'esercizio delle responsabilità civiche; all'accesso alle opportunità ludiche, culturali e sportive; all'accesso al lavoro e all'occupazione; all'esercizio del diritto all'istruzione".

Come la maggior parte della popolazione chi è disabile desidera una vita normale, con le stesse opportunità di tutti. Ma a tutt'oggi quali sono i servizi che rendono queste opportunità realizzabili?

La situazione del trasporto pubblico a Roma, per chi è disabile, è piuttosto critica. In primo luogo c'è da affrontare la questione dell'accessibilità. È dell'ottobre 2011 l'intervento del Tribunale di Roma che, a seguito di una denuncia, ha ordinato all'ATAC – ai sensi del D.L. 67/06 (“Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazione”) – di “cessare i comportamenti discriminatori” nei confronti di una ragazza disabile. Con questo provvedimento si è ottenuto finalmente che entro un anno dalla notifica dell'ordinanza l'azienda dovrà dotare di pedane tutte le linee che esplicano il servizio nei luoghi vicino alla residenza della ragazza. E inoltre si è stabilito che, sempre nello stesso termine, l'amministrazione comunale di Roma installi servoscala a piattaforma ribaltabile nelle stazioni della metropolitana non fornite di ascensore. Una bella conquista di civiltà, che ci auguriamo sia l'inizio di un percorso verso la reale accessibilità non solo di un quartiere, ma dell'intera capitale. Sicuramente ne guadagnerebbero i disabili, come pure chi è anziano, le mamme con bimbi in carrozzina, ogni altra persona fragile, con difficoltà di movimento.

Dall'altra parte sempre l'ATAC – nel maggio 2012 – ha scelto di rivedere il servizio di abbonamento agevolato per i disabili. Non sarà più a 4 euro al mese per tutti coloro che hanno l'invalidità civile superiore al 67%, ma sarà legata al reddito: chi ha un ISEE uguale o superiore ai 20.000 euro dovrà pagare come tutti i cittadini. Strana uguaglianza se le opportunità di base sono assai diverse.

Il servizio pubblico è infatti essenziale per chi non può usufruire di altri mezzi di trasporto, specie per un disabile mentale. Per chi ha invece limitazioni di tipo motorio ci sarebbe il servizio di supporto offerto con la “mobility card” (Del. Consiglio Comunale n. 25 del 16/02/2004) che ha sostituito quello dei buoni taxi, ma le autorizzazioni non vengono più rilasciate dal 1998. Chi infatti usufruiva di un aiuto per il trasporto da casa al lavoro continua ancora a ricevere questo servizio. Ma non ci sono fondi per ulteriori concessioni né, come avveniva all'inizio dell'erogazione del servizio, per poter frequentare attività sociali o per il tempo libero. A integrazione di questo servizio era stato istituito quello della Provincia di Roma (“Amicobus”): è interrotto da più di un anno senza che peraltro ne sia data corretta informazione, almeno sul sito dedicato. Come muoversi?

### Con la crisi si cura di meno? La salute dei disabili

Le difficoltà descritte fin qui nel far rispettare il diritto alla libera scelta di rimanere a casa propria, s'incontrano con quelle che chiedono il rispetto di un diritto ancora più essenziale: quello alla cura.

Scriva Mario Melazzini, malato di SLA, nell'ultimo Rapporto 2011 sulla non autosufficienza in Italia:

*“Il riconoscimento della dignità dell'esistenza di ogni essere umano deve essere il punto di partenza e di riferimento di una società che difende il valore dell'uguaglianza e si impegna affinché la malattia e la disabilità non siano criteri di discriminazione sociale.*

*La persona in qualunque condizione si trovi è un valore infinito e questo ci rende ontologicamente tutti uguali. Allo stesso modo, le differenze di ogni genere, i talenti così come i limiti ci rendono ognuno diverso dall'altro. Ma questi non possono essere elementi di disuguaglianza anzi, le differenze, i limiti possono essere fonte di ricchezza per noi e per gli altri”.*

Uguali. È quanto peraltro pone l'art. 32 della Costituzione italiana parlando del diritto alla salute.

L'accesso gratuito di un disabile alle protesi, ausili e altri strumenti necessari per svolgere le normali attività della vita quotidiana è regolamentato dal cosiddetto “Nomenclatore tariffario”. L'ultima edizione è stata rivista e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio il 14/11/2011.

La Regione Lazio, utilizzando un modello già applicato in una ASL, ha introdotto una nuova normativa che prevede la riduzione del 55% del costo per alcuni presidi quali letti ortopedici, sollevatori, materassi anti-decubito, deambulatori, ecc. Le associazioni di malati e dei professionisti della riabilitazione hanno subito protestato per non essere state interpellate.

Per gli ausili per incontinenti, anche se esclusi sulla carta, c'è stata la riduzione del costo a pezzo e pertanto alle persone che li utilizzano è stata chiesta un'integrazione economica da parte delle ditte fornitrici.

Oppure i fornitori, per rientrare nei costi, si sono orientati a fornire presidi reperibili a minor costo (in gran parte provenienti dalla Cina) ma che presentano anche caratteristiche merceologiche e strutturali di minor qualità (p.es. la sedia WC-Doccia è realizzata con tubolari di minore diametro e più leggeri, con solamente due (!) freni anziché quattro sulle ruote piroettanti: molte persone con disabilità si sono lamentate di una minore stabilità di queste sedie.

Ma vorremmo segnalare altri due casi assai significativi. Un malato di sclerosi laterale amiotrofica al quale è stato prescritto nel maggio 2011 un corsetto per consentire una corretta attività respiratoria (ritenuto necessario e indispensabile dal pneumologo del Centro di riferimento regionale del Policlinico A. Gemelli) dopo 10 mesi ancora non ha avuto la fornitura perché la ASL RM E deve inviare un suo pneumologo per verificare la prescrizione di un medico di una struttura classificata come non pubblica, anche se di un reparto riconosciuto come riferimento regionale.

Quanto tempo da vivere è rimasto a quel malato? E quanto ha inciso sulla sua qualità di vita e sulla sua aspettativa di vita l'attesa di quasi un anno? E ancora non si sa quando la verifica avverrà.

Il secondo caso. Nella ASL RM C una persona con lesioni da decubito necessitava di un materasso antidecubito con caratteristiche curative. Gli viene fornito solamente un sovramaterasso ad aria alternata in quanto è l'unico che la ASL fornisce e che rientra nel Nomenclatore. Dopo alcuni mesi il paziente muore, a seguito di infezioni provocate dalle piaghe.

Aldilà dei presidi e degli ausili, è vero che i disabili nel Lazio si curano di meno? Partiamo da un dato. Nella regione l'effetto del “piano di rientro” si è fatto sentire a molti livelli.

Inizialmente, in linea con il trend italiano, abbiamo visto che nel periodo 2002-2009 la spesa pubblica pro-capite ha registrato una rapida crescita (+37,8%). Tuttavia nel 2009 il Lazio risulta essere la sola regione (insieme al Trentino Alto Adige) ad aver ridotto la spesa sanitaria pubblica pro-capite (-1,6%, a fronte di un ben più esiguo -0,4% in Trentino) a motivo dell'introduzione del Piano di rientro<sup>10</sup>.

La percezione che si ha dell'inadeguatezza dei servizi sanitari è andata via via crescendo. Interessante a questo proposito è l'indagine Fbm-Censis 2012 che rileva un grado d'insoddisfazione di più della metà dei cittadini<sup>11</sup>. Si sta assistendo a una forbice sempre più divaricata tra un'Italia che si può curare, anche in modo privato, ed una Italia che va sempre peggio.

Nel periodo “di crisi” 2007-2010 l'incremento della spesa privata per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico è stato pari al +5,8% (a fronte di un totale della spesa per consumi solo del +2,6%). Dall'analisi

dei “driver” socio-culturali della domanda sanitaria si rileva una tendenza molto preoccupante di una sanità “fai da te” che non si rivolge al pubblico, ma si autoregola, o ricorre direttamente al privato di fiducia. È un approccio funzionalista, per risolvere le piccole patologie rapidamente, pagando direttamente di tasca propria. Oppure ci si rivolge a una sanità “low cost”.

Ma è molto preoccupante che, in un ambito come la salute, in cui si richiede sempre più l’appropriatezza delle prestazioni, si arrivi a proposte di dubbia qualità molto spesso pubblicizzate attraverso internet.

C’è anche la tendenza a rinunciare alle cure. Dalla nostra esperienza capita sempre più frequentemente che in farmacia si “scelga” quali farmaci acquistare, attraverso una... mediazione sulla ricetta, più di natura economica che clinica.

Il Patto per la Salute 2013-2015 ha disegnato poi uno scenario futuro assai preoccupante. A livello nazionale si registra infatti un’assegnazione di risorse in sanità già in partenza con uno scarto di 806 mila euro rispetto al fabbisogno attuale di poco meno di 110 milioni di euro. Scarto che crescerà progressivamente, fino ad arrivare ai quasi 9.000 milioni di euro del 2015. Come verrà “spalmato” questo disavanzo a livello regionale? E cosa sarà penalizzato?

Tanto più che la prospettiva futura è quella di un paese in cui la presenza di disabili sarà sempre più consistente.

### **Inserimento lavorativo: un’idea per tempi complicati**

In un tempo di crisi come questo, parlare di inserimento al lavoro di persone con disabilità può sembrare quasi un lusso o un problema da affrontare in tempi migliori. Infatti trovare lavoro è sempre più difficile, per tutti.

Ma la difficoltà a trovare un lavoro è proprio uno dei sintomi della mancata inclusione sociale delle persone con disabilità. È una causa di esclusione cronica, una causa di sofferenza che amplifica le difficoltà di una disabilità esistente e di un inserimento sociale imperfetto. Il lavoro rimane un sogno segreto che potrebbe dar sapore alla vita e diventare, come per tutti, un’opportunità unica per il proprio futuro.

Un’indagine del Censis riporta che nel Lazio l’80% degli intervistati, disabili adulti, vivono il mancato inserimento lavorativo come il disagio sociale più grave, mentre il 71,3% lamenta la mancanza di supporto o di sostegno sul lavoro e il 62,2% l’assenza o la scarsità di occasioni formative.

Secondo l’ISFOL, gli inserimenti lavorativi di disabili in Italia da 31.535 del 2007 sono scesi a 20.830 nel 2009: meno 34%. Si è perduto un inserimento lavorativo su tre in appena tre anni, (ISFOL 2010).

Probabilmente è opportuno perseguire con forza due diversi obiettivi. Da una parte un’azione di verifica dell’ottemperanza delle imprese, in primo luogo pubbliche, all’obbligo di assunzione dei disabili (D.L. 68/99). Sarebbe sicuramente un grande gesto di civiltà, anche come “contraltare” alla campagna di verifica delle false invalidità. Dall’altra il sostegno ai molti privati che assumono.

Dai dati forniti dal SILD (Servizio Inserimento Lavoratori Disabili) della Provincia di Roma vediamo infatti che riguardo alla graduatoria unica 2011, su 353 posti di lavoro sono state più le assunzioni private (184) che quelle nel settore pubblico (169). In totale nell’anno sono state inserite poco più di 1.800 persone. Un numero elevato, e questo è positivo, ma purtroppo non si riesce a sapere se sono assunzioni andate a buon fine. E peraltro è da sottolineare che sono avvenute in gran parte su chiamata nominale e che riguardano, nella quasi totalità, persone con invalidità fisica.

Ma l’inserimento lavorativo non è un diritto anche per un disabile mentale? Ancora di più. Ogni disabile, inserito nel mondo del lavoro, potrebbe rappresentare non più un costo per la società ma una risorsa. Spesso un inserimento *part time* di 12 ore è già sufficiente a dare una svolta decisiva alla vita di una persona disabile. Lavorare anche solo 2 ore al giorno valorizza e restituisce dignità.

La positiva esperienza d’inserimento lavorativo della Trattoria de Gli Amici, promossa a Roma dalla Comunità di Sant’Egidio, può essere un esempio da riprendere, dimostrando che è possibile realizzare un’impresa economica di successo.

Alla Trattoria de Gli Amici il costo lordo di un disabile *part time* per 12 ore (comprensivo di INAIL, ecc.) è di euro 488,09. Riceverà uno stipendio di 380,64 euro.

Lo stesso disabile in un centro diurno a Roma costerebbe 45,00 euro al giorno per 5 giorni a settimana, cioè 900,00 euro al mese.

D’altra parte anche i centri diurni, per lo più centri riabilitativi, potrebbero proporre il lavoro come fine della riabilitazione, e anche molte Aziende sanitarie locali potrebbero potenziare il sistema del tirocinio terapeutico per tanti di quei disabili per lo più psichici che spesso sono doppiamente discriminati.

L’ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) rileva ancora che i disabili psichici sono solo il 10% di tutti i disabili inseriti al lavoro.

Si dibatte sulla proposta del sistema dell’apprendistato come unico accesso al mondo del lavoro. La Regione Lazio ha recentemente rilanciato questo sistema di contratto di lavoro. Questo sistema potrebbe diventare anche il sistema centrale di inserimento lavorativo per disabili, in particolare per i disabili psichici, con i quali molto efficace è la formazione *on the job*.

Sono previsti già vari vantaggi per le aziende che assumono giovani con il contratto di apprendistato come l’inquadramento dell’apprendista fino a due livelli inferiori rispetto al profilo contrattuale, l’azzeramento di tutti gli oneri INPS e INAIL a carico delle imprese, l’esclusione dal computo dei limiti numerici per l’applicazione di particolari leggi e risorse economiche della regione per la formazione.

Per i disabili andrebbe chiaramente abolito il limite di età di 25 e 29 anni per accedervi, e si potrebbero ipotizzare ulteriori contributi in denaro che potrebbero diventare per tutto il tempo dell’apprendistato, un vero e proprio stipendio per il disabile. E di conseguenza costo zero per l’azienda.

Il problema dell’inserimento lavorativo dei disabili pone problematiche non solo legate alla difficoltà oggettiva di trovare lavoro, ma anche alle difficoltà soggettive, non legate strettamente alla disabilità o al tipo di disabilità, ma alla scelta di fondo di intraprendere la strada dell’inserimento lavorativo. Proviamo a capirlo. In teoria, secondo la legge n. 68/1999, per tutti i disabili è possibile valutare la possibilità di un inserimento mirato e tutti possono fare richiesta alla proprie ASL di competenza di una nuova visita per ottenere, attraverso un preciso esame oggettivo, la possibilità di essere dichiarati collocabili al lavoro.

Le ASL rilasciano questa documentazione senza intaccare la percentuale d’invalidità precedente e di conseguenza senza alterarne i benefici che questa comporta (economici, ecc.).

Il problema sorge nel momento in cui questa documentazione viene inviata all’INPS per aggiornare la pratica di invalidità. In genere l’INPS richiama a visita di controllo con la probabile conseguenza di abbassare la percentuale di invalidità e di perdere i benefici economici. Le famiglie dei disabili sono giustamente preoccupate di perdere – anche perché mancano reali prospettive per il futuro – il beneficio che comporta il

riconoscimento di una invalidità alta e di conseguenza rinunciano ad intraprendere la via dell'inserimento lavorativo. Ma noi sappiamo che l'inserimento lavorativo è di fondamentale importanza per lo sviluppo fisico e psichico dell'individuo e rinunciare a questo vuol dire tornare indietro.

Il problema è non essere rinunciatari in partenza. È investire sulla fiducia, sulle possibilità, sul futuro. Accompagnare i disabili, farli conoscere all'azienda, aiutare con incentivi, aiuta a scardinare un pensiero negativo sui disabili.

D'altra parte facciamo un salto culturale: se non si fa un salto culturale non si riesce a vedere dall'altra parte.

### La "Trattoria de Gli Amici"

La "Trattoria de Gli Amici" è un ristorante speciale nel cuore di Trastevere a Roma, in cui viene proposta ristorazione di qualità in un ambiente umano accogliente.

È gestito da una cooperativa promossa dalla Comunità di Sant'Egidio. Attualmente vi lavorano 16 persone disabili, insieme a professionisti e amici che aiutano volontariamente. Chi visita il locale scopre immediatamente come i disabili possano lavorare in modo professionale, con motivazione e produttività, ricevendo allo stesso tempo dignità dal loro lavoro.

Segnalata nelle più importanti guide dedicate alla ristorazione, la Trattoria dispone di 90 coperti interni e 30 esterni in un delizioso dehors. È aperta a pranzo e cena. Il menù reinterpreta la tradizione romana con alcune note originali ed è caratterizzato dalla stagionalità dei prodotti. La carta dei vini è composta da vini di piccoli e grandi produttori italiani che aderiscono a WINE FOR LIFE, un progetto di solidarietà che vede il vino italiano sostenere il programma DREAM della Comunità di Sant'Egidio per la prevenzione e la cura gratuita dell'Aids in Africa. Il locale si avvale della consulenza della Laurenzi Consulting ed è sostenuto dall'azienda vinicola Planeta e da Birra Peroni.

Tutti gli utili della Trattoria de Gli Amici, oltre che alimentare un sistema di lavoro solidale ed etico, sono finalizzati all'autofinanziamento dell'attività stessa. Fra le iniziative nate dal locale, corsi di formazione per disabili nel campo della ristorazione e convegni sul tema dell'inserimento lavorativo.

Alle pareti sono esposte opere realizzate da persone disabili nei Laboratori d'arte delle Comunità di Sant'Egidio: il ricavato della loro vendita sostiene il programma DREAM.

La Trattoria è solo una delle attività realizzate a titolo gratuito dalla Comunità di Sant'Egidio a favore dei disabili. Fra le altre vanno ricordate almeno i citati Laboratori d'arte – che in diverse città italiane danno a centinaia di disabili la possibilità di fare arte, esprimersi e comunicare il proprio mondo interiore – e le Case famiglia amiche dei disabili, volte a rispondere concretamente all'incertezza del futuro.

**Tabella 1 – La realtà dei centri residenziali nella Regione Lazio: posti attuali e posti programmati**

ASL	Municipi Comuni	OFFERTA PROGRAMMATA	OFFERTA ATTUALE	
		Posti socio-riabilitativi di mantenimento	Posti con onere a carico del SSR (*)	Posti ulteriore offerta (**)
RMA	1-2-3-4	130	13	
RMB	5-7-8-10	187	68	
RMC	6-9-11-12	145	99	
RMD	13-15-16 - Fiumicino	152	209	
RME	17-18-19-20	140	327	22
RMF	Civitavecchia, Cerveteri, Bracciano, Capena, Rignano	83	140	24
RMG	Monterotondo, Guidonia, Palestrina, Tivoli	129	143	
RMH	Castelli Romani	145	49	40
VT	Tutti i comuni della provincia	85	114	
RI	“ “ “ “ “	44	0	
LT	“ “ “ “ “	147	23	
FR	“ “ “ “ “	134	10	
<b>TOTALE</b>		<b>1.521</b>	<b>1.195</b>	<b>86</b>

Fonte: Regione Lazio, Decreto del Commissario ad Acta del 20/03/2012 (Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale), tabella 13, p. 10.

N.B.: l'offerta programmata è calcolata sulla popolazione residente per ASL (Fonte ISTAT 2009).

(\*) Dati aggiornati alla data del 7/12/2011.

(\*\*) L'ulteriore offerta comprende i posti di cui ai processi di riconversione, ai contenziosi in essere e i posti gestiti dalle strutture pubbliche.

Tabella 1 bis – La realtà dei centri diurni nella Regione Lazio: posti attuali e posti programmati

ASL	Municipi Comuni	OFFERTA PROGRAMMATA	OFFERTA ATTUALE	
		Posti socio-riabilitativi di mantenimento	Posti con onere a carico del SSR (*)	Posti ulteriore offerta (**)
RMA	1-2-3-4	163	151	
RMB	5-7-8-10	234	50 (***)	10
RMC	6-9-11-12	182	339 (***)	
RMD	13-15-16 - Fiumicino	190	197	
RME	17-18-19-20	176	193	25
RMF	Civitavecchia, Cerveteri, Bracciano, Capena, Rignano	104	15	
RMG	Monterotondo, Guidonia, Palestrina, Tivoli	161	56	
RMH	Castelli Romani	181	83	
VT	Tutti i comuni della provincia	107	48	
RI	“ “ “ “ “	54	0	
LT	“ “ “ “ “	185	12	
FR	“ “ “ “ “	168	4	
<b>TOTALE</b>		<b>1905</b>	<b>1148</b>	<b>35</b>

Fonte: Regione Lazio, Decreto del Commissario ad Acta del 20/03/2012 (Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale di persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale), tabella 14, p. 11.

N.B.: l'offerta programmata è calcolata sulla popolazione residente per ASL (Fonte ISTAT 2009)

(\*) Dati aggiornati alla data del 7/12/2011

(\*\*) L'ulteriore offerta comprende i posti di cui ai processi di riconversione, ai contenziosi in essere e i posti gestiti dalle strutture pubbliche

(\*\*\*) Molti disabili della ASL RM B usufruiscono di centri presenti nella RMC

Tabella 2 – Tabella prevista dall'art.4, c.1 del DPCM 14 febbraio 2001 – “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”

Tabella A - PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO			
Disabili	1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica	L. 23/12/1978, n.833 art.26  Provvedimento 7/5/1998: linee guida del Ministero della Sanità per l'attività di riabilitazione	100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsabilità minimale.  100% SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.
Disabili	2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia	L. 5/2/1992, n.104  L. 21/5/1998, n. 162  Leggi regionali	100% SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica  70% SSN e 30% a carico dei Comuni  (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale) l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali.  40% SSN - 60% Comuni  (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale)  l'assistenza ai disabili gravi privi di sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente.  100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.
Patologie psichiatriche	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale.	DPR 10/11/1999:  P.O. Tutela della salute mentale 1998/2000	100% SSN
Patologie psichiatriche	2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo		Nella fase di lungoassistenza, ripartizione della spesa tra Asl e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota minima di concorso alla spesa tra il 30% e il 70% (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale).

Fonte: Pubblicato in G.U. n. 129 del 6 giugno 2001

**Tabella 3 – Strutture e servizi socio-assistenziali per persone adulte con disabilità presenti sul territorio della Regione Lazio al 31 maggio 2010**

Macrotipologia Strutt./Servizio	Comune di Roma	Prov. di Roma	Prov. di Frosinone	Prov. di Latina	Prov. di Rieti	Prov. di Viterbo	<b>Totale Strutture e Servizi</b>
Casa Famiglia	45	10	1	2	2	2	<b>62</b>
Comunità Alloggio	10	1	1	4	0	1	<b>17</b>
Struttura semiresidenziale	2	4	5	1	0	3	<b>15</b>
Assistenza domiciliare diretta	25	144	97	47	1	45	<b>359</b>
Assistenza domiciliare indiretta	1	4	1	22	0	0	<b>28</b>
Assistenza leggera	0	0	45	0	1	1	<b>47</b>
Centro diurno	17	29	9	18	4	8	<b>85</b>
<b>Totale Strutture e Servizi</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>159</b>	<b>94</b>	<b>8</b>	<b>60</b>	<b>613</b>

Fonte: Sistema informativo dei Servizi sociali della Regione Lazio

Legenda: per la definizione su Casa Famiglia e Comunità Alloggio vedi nota, per Centro Diurno e Struttura semiresidenziale vedi nota 6, per Assistenza domiciliare diretta /indiretta/leggera vedi nota 8.

<sup>1</sup> Regione Lazio. *Tassonomia delle strutture e dei servizi sociali del Lazio (Aggiornata al 30 giugno 2011)*, p. 12. Vengono riclassificate le seguenti strutture: **Casa famiglia per adulti con disabilità** (Dispone di un massimo di 8 posti, ed è previsto un numero non inferiore a 1 operatore socio-sanitario ogni 4 ospiti, ad ogni turno di lavoro, 1 educatore professionale, 1 responsabile e 1 assistente sociale), **Comunità alloggio per adulti con disabilità** (Dispone di un numero di 7 fino a un massimo di 20 posti per adulti organizzati in gruppi da 10 ospiti- misti uomini e donne – ed è prevista la presenza di almeno 1 operatore socio-assistenziale ogni 5 ospiti ad ogni turno di lavoro, 1 responsabile, 1 educatore professionale ogni modulo e 1 assistente sociale con presenza programmata), **Comunità alloggio – Gruppo appartamento per adulti con disabilità** (Struttura di tipo familiare, a bassa intensità assistenziale, parzialmente autogestita).

<sup>2</sup> *Volontariato* (Elaborazioni EURES Ricerche economiche e Sociali su dati Regione Lazio): nel Lazio, nel 2010, risultano iscritte al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato 1.998 strutture, con una crescita del 5,5% rispetto all'anno precedente e un incremento di gran lunga più significativo nell'ultimo decennio. A livello provinciale, nell'ultimo biennio, le Associazioni di volontariato sono aumentate a Rieti e nella provincia di Roma. In controtendenza, si registrano lievi flessioni a Frosinone, Viterbo e Latina. La maggior parte delle associazioni si concentra nell'area romana.

<sup>3</sup> *Servizio Civile* (Dati dell'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile – Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione): Il Lazio è al terzo posto in Italia per questo tipo d'impegno. Sono più di 1.500 i giovani che si dedicano, nella regione, in campi come la protezione civile, l'ambiente, il patrimonio artistico e culturale, la promozione sociale, ma nella stragrande maggioranza dei casi ad un servizio alle persone ed all'assistenza.

<sup>4</sup> *Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio: Decreto del Commissario ad Acta U0090 del 10/11/2010 – Allegato 1 (Requisiti minimi autorizzativi) (e successiva Legge Regionale n. 6 del 22 aprile 2011: Disposizioni urgenti in materia sanitaria).*

**4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE. Definizioni.** Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise: **Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)**. **Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)** (garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi** (permanenza massimo 60 giorni).- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi** (permanenza massima orientativamente di 2 anni )- **Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.)**: strutture socio-sanitarie di tipocomunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili adomicilio o in strutture socio-assistenziali. Le S.R.S.R. si suddividono in:- **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)**- **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** – **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria** con presenza di personale per fasce.

<sup>5</sup> Nelle Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione (*GU 30 maggio 1998, n. 124*) si legge che:... “l'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- **la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico – degenerative riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;**
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative. I suddetti criteri valgono, in linea generale, per ogni età e per ogni patologia invalidante o potenzialmente tale”.

<sup>6</sup> Regione Lazio. *Tassonomia delle strutture e dei servizi socio-assistenziali del Lazio (aggiornata al giugno 2010)*, p. 30: **Centro diurno per persone con disabilità** (*Art. 1 e art. 4 L.R. 41/2003; paragrafo I.B.4.4.b D.G.R. n. 1304/2004*)... Il servizio è teso a offrire una risposta qualificata ai bisogni di autonomia e di inclusione sociale attraverso la partecipazione alle varie attività ed alla vita di gruppo delle persone adulte con disabilità ed un sostegno alle loro famiglie nel loro compito di accudimento. ...Il servizio offre attività di riabilitazione, di promozione dell'autonomia e dell'integrazione, espressive a carattere artistico; **Struttura semiresidenziale per adulti con disabilità** (*art. 10 comma 1 L.R. 41/2003; paragrafo II.B.3 D.G.R. n. 1305/2004*): Struttura caratterizzata da ospitalità di tipo diurno e finalizzata all'inclusione sociale delle persone con disabilità e al sostegno alla famiglia nel suo impegno di accudimento e di assistenza. Essa si pone come valida alternativa all'istituzionalizzazione della persona con disabilità e mira alla soddisfazione dei suoi bisogni di socializzazione e di assistenza riferiti ai diversi tipi di disabilità.

<sup>7</sup> Regione Lazio: *Allegato 1 del DCA (Decreto del Commissario ad Acta) 90/2010 (Requisiti minimi organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie).*



<sup>8</sup> Regione Lazio. *Tassonomia delle strutture e dei servizi socio-assistenziali del Lazio (Aggiornata al giugno 2010)*, p. 30: **Servizi per la vacanza per adulti con disabilità** (Art. 1 e art. 4 L.R. 41/2003; paragrafo I.B.2.2.c D.G.R. n. 1304): servizio teso a offrire un periodo temporaneo di villeggiatura, di svago e di riposo con la finalità di sostenere i destinatari del servizio nel loro percorso di socializzazione, di riabilitazione fisica e psichica. Nei servizi per la vacanza residenziali e non residenziali sono previsti gruppi formati da un massimo di 16 persone con disabilità. È prevista la presenza di 1 responsabile e 1 operatore incaricato di svolgere i compiti di accompagnatore del gruppo dalla partenza al rientro, e almeno 1 operatore socio-sanitario ogni 4 utenti. Il Servizio garantisce le prestazioni sanitarie, dove necessario, a carico dell'ASL competente. È previsto il pernottamento e includono, dunque, vitto, alloggio e trasporto.

<sup>9</sup> Regione Lazio. *Tassonomia delle strutture e dei servizi socio-assistenziali del Lazio (Aggiornata al giugno 2010)*, p. 30 **Assistenza domiciliare** (art. 2 L.R. 80/1988; art. 22 L.R. 38/1996; art. 1 L. 162/1998; art. 22 comma 4 lettera c L.328/2000): l'assistenza domiciliare è costituita da un insieme di prestazioni rese a domicilio... il servizio è finalizzato a favorire la permanenza dei destinatari del servizio nel proprio ambiente, ad elevare la qualità della vita degli stessi, ad evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale. Le prestazioni socio-assistenziali consistono prevalentemente nelle attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché di interventi di tipo sociale ed educativo. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale si integra con l'assistenza domiciliare sanitaria; **Assistenza domiciliare indiretta** (*Regolamento del Comune di Roma n. 90/2005; Deliberazione della Giunta Comunale di Roma n. 479/2006*): Contributi economici finalizzati all'attivazione da parte dell'utente stesso di forme di assistenza domiciliare; **Assistenza leggera**: servizio volto a fornire a domicilio agli adulti con disabilità compagnia, accompagnamento e disbrigo di piccole pratiche quotidiane (inclusi pasti a domicilio).

<sup>10</sup> *Rapporto sullo stato delle Province del Lazio, Tabella 2: Spesa sanitaria pubblica pro capite negli Anni 2002, 2003, 2007-2009 – Valori assoluti (in euro) e variazioni percentuali.*

<sup>11</sup> *Indagine Fbm (Forum per la ricerca Bio Medica) – Censis 2012, grafico 6, p. 21.*

## DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ: STORIE DI CURE MANCATE

*Nonostante il diritto alla salute sia un diritto inalienabile, garantito dalla Costituzione attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, vi sono ancora molte situazioni in cui la mancanza di una casa e di una famiglia costituiscono un ostacolo all'accesso alle cure. La famiglia infatti, si conferma la principale supplente del welfare italiano, ma i sostegni di cui può usufruire sono spesso insufficienti.*

*I piani di rientro a cui è sottoposta anche la sanità laziale hanno imposto la diminuzione della spesa sanitaria pubblica. Chi è in grado, dunque, supplisce alle carenze del sistema attraverso proprie risorse, ma chi non può subisce le conseguenze dei tagli. In tempi di ristrettezze il diritto alle cure non è sempre garantito per tutti. D'altra parte alla già critica situazione della sanità non è di aiuto la mancanza di integrazione tra sociale e sanitario che si constata anche nel Lazio e che è causa di notevole aggravio per coloro che assistono i malati: sulle famiglie ricade l'onere di ricomporre, come in un puzzle, risposte settoriali e indicazioni terapeutiche che non tengono conto della condizione personale, familiare, economica o abitativa delle persone in difficoltà.*

*Così succede che chi non ha famiglia, in questa vera e propria corsa a ostacoli, non riesce ad esercitare adeguatamente il proprio diritto alle cure.*

*D'altra parte, anche in carenza di risorse, è necessario programmare servizi innovativi in grado di garantire le cure anche a persone in situazione di particolare disagio economico e abitativo.*

Il Servizio Sanitario Nazionale, una grande storia di welfare, ci fa sentire come essere curati sia un diritto inalienabile. La Costituzione, all'articolo 32, sancisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e stabilisce che lo Stato garantisce cure gratuite agli indigenti. Non è così in tutto l'occidente. Conosciamo il percorso accidentato di una sanità universalista negli Stati Uniti. Essa però è un grande valore italiano, europeo, nelle sue punte più avanzate. Le storie di tante persone malate, incontrate dalla Comunità di Sant'Egidio, raccontano di svariate difficoltà ad essere curati soprattutto se si è poveri: spesso la mancanza di una casa e di una famiglia diventano ostacoli insormontabili all'applicazione dei protocolli di cura generalmente utilizzati soprattutto in patologie importanti.

N., 55 anni, romeno, colpito da un tumore al polmone. È ricoverato in un reparto di oncologia di Roma. Era stato giudicato non idoneo alla chemioterapia perché le condizioni socio-ambientali di vita non erano adeguate. Il timore dei medici era che non avrebbe potuto affrontare i rischi di infezione ed altre complicanze connesse alla terapia perché viveva in un vecchio garage abbandonato (anzi, probabilmente, una

volta uscito dall'ospedale non avrebbe trovato più ospitalità neanche lì). Non c'erano altre controindicazioni di carattere medico.

Per risolvere le difficoltà a trovare un alloggio si era pensato al ricovero in un *hospice*, ma la normativa vigente prevede che, all'accesso, il medico curante ed il paziente dichiarino di rinunciare a qualsiasi forma di trattamento della patologia se non quelle necessarie a controllare la sintomatologia dolorosa.

La chemioterapia, che di prassi è una scelta obbligata prima di dichiarare la malattia allo stadio terminale, nel caso di N. veniva ritenuta un "accanimento terapeutico". Già presso l'ospedale dove era stato operato alcuni mesi prima, era stato dimesso senza neanche prospettargli le possibilità di trattamento.

Il risultato finale è stato: né accanimento, né controllo, semplicemente niente terapia.

C., ingegnere romeno di 52 anni affetto da un tumore alla laringe viene ricoverato presso il reparto di otorinolaringoiatria di un ospedale della capitale nel giugno del 2010. Dopo l'intervento alla laringe, a seguito del quale C. subisce la menomazione alle corde vocali, sebbene non venga dimesso, non viene sottoposto ad alcun trattamento di chemio o radioterapia ma esegue soltanto esami di routine. Evidentemente per lui non vengono messi in atto i protocolli tradizionali.

A settembre 2010 conosciamo C., è depresso: ha passato tutta l'estate in ospedale in attesa che potessero fare qualcosa per quel tumore al collo che nel frattempo è aumentato di volume e preme sulla gola.

Ci interessiamo al suo quadro clinico: chiediamo ai medici come mai è ancora ricoverato in quel reparto dove ormai non esegue da tempo alcuna terapia, neanche di tipo palliativo. Si rimpallano le responsabilità con il reparto di oncologia medica al quale era stata chiesta una consulenza. Si capisce che dal reparto di oncologia fanno resistenza a prenderlo in carico perché un eventuale trattamento di chemioterapia prevedrebbe tempi di ricovero assai brevi e una serie di successivi appuntamenti in regime di day hospital. C. non ha una casa e il day hospital è complicato. Capiamo che C. non fa la chemioterapia perché non può occupare per lungo tempo un posto letto nel reparto di oncologia medica. Nel frattempo siamo purtroppo giunti ad ottobre 2010 e il tumore avanza. Parliamo con i medici del reparto di oncologia medica e gli assicuriamo che non appena C. avrà eseguito i trattamenti chemioterapici necessari, sarà nostra cura trovargli una sistemazione alloggiativa idonea.

Otteniamo, in pochi giorni e per nostra iniziativa, la disponibilità all'ospitalità di C. presso una casa di accoglienza riservata ai parenti dei malati che giungono da fuori regione che, su nostra insistenza, accoglierà C. a patto che noi gli assicuriamo l'assistenza per i pasti e un minimo di vigilanza durante il giorno. Si tratta di una soluzione temporanea. Ora sembra finalmente tutto a posto: C. potrà andare nel reparto di oncologia medica ed eseguire le cure necessarie. Ma questo non avviene: ci sono problemi di comunicazione tra i due reparti e non si capisce chi deve attivare il trasferimento. Passano altre settimane e, poiché nel frattempo ci sono problemi di sovraffollamento nel reparto di oncologia medica, si perde ancora un altro mese.

Solo la nostra insistenza e una paventata ipotesi di denuncia di omissione di cure fa sì che alla fine di ottobre 2010, dopo 5 mesi dal primo intervento, tra lo scetticismo dei medici C. esegua il primo trattamento di chemioterapia. È sempre stato in ospedale: quanto è costato?

52 anni, italiano, separato con un figlio di 20 anni cresciuto con la madre, viveva da solo a Civitavecchia in una casa in pessime condizioni. Superato il problema della tossicodipendenza attraverso un lungo program-

ma di recupero, aveva però una grave insufficienza epatica che gli procurava frequenti coma temporanei. La sua situazione sociale e abitativa lo rendevano non compatibile con il trapianto perché tra i requisiti previsti si contemplano anche delle condizioni socio ambientali adeguate ad affrontare la grave immunodepressione conseguente alle cure.

Solo dopo diversi tentativi presso varie strutture sanitarie è stato possibile individuare un reparto di post-acuzie disposto ad accoglierlo nella fase preparatoria al trapianto ed in quella successiva accompagnandolo a fare i controlli necessari al buon esito della convalescenza. Ciò è stato possibile solo garantendo che, una volta stabilizzata la situazione, vi fosse già una collocazione successiva, individuata presso la comunità Papa Giovanni XXIII.

Si tratta di storie estreme? Purtroppo no.

Gli studi più recenti sulle patologie oncologiche la dichiarano una patologia che si va cronicizzando grazie alle nuove cure messe in campo attraverso i progressi operati dalla ricerca scientifica. Secondo il Rapporto del Censis sui tumori in Italia, "ad oggi la risposta sanitaria, per quanto incompleta e spesso, differenziata territorialmente, è comunque mediamente buona, mentre la risposta sociale, legata alla crescente cronicità della patologia e agli impatti che essa ha su tutta la vita sociale delle persone, risulta inadeguata"<sup>1</sup>.

La risposta sociale più frequente infatti, è rappresentata dalla famiglia che "si conferma come il pilastro della rete di supporto per il paziente oncologico perché, oltre ad avere al suo interno il *caregiver*, fornisce tramite altri suoi membri ulteriore supporto, sia psicologico sia materiale"<sup>2</sup>.

La famiglia dunque, come spesso accade, è la grande supplente del welfare italiano. Ma anche in questo caso i supporti offerti ad essa vengono giudicati insufficienti come viene ritenuta l'offerta di servizi di assistenza domiciliare ma anche le tutele economiche presenti<sup>3</sup>.

Nel caso quindi di persone sole o in condizioni di vita precarie, essere curati diventa un lusso.

### Desistenza terapeutica e sanità selettiva

La sensazione è che si stia insinuando una sottile rassegnazione che sostiene la convinzione che, in tempi di ristrettezze, è possibile curare solo alcuni. Effettivamente la sanità non può farsi carico dei problemi assistenziali dei propri pazienti ma al tempo stesso non si fa portavoce del problema presso gli ambiti istituzionali, quasi non ne sentisse l'urgenza. Eppure è ormai generalmente acclarato che

"i gruppi vulnerabili e socialmente esclusi, come le persone provenienti da ambienti migratori o appartenenti a minoranze etniche, le persone disabili o quelle senza fissa dimora hanno livelli di salute particolarmente carenti (...) Le cattive condizioni di salute di questi gruppi possono essere dovute all'inadeguatezza degli alloggi, alle carenze nutrizionali e ai comportamenti che si ripercuotono sulla salute, oltre che alla discriminazione, alla stigmatizzazione e agli ostacoli incontrati nell'accedere ai servizi sanitari e di altro tipo"<sup>4</sup>.

D'altra parte il Lazio è tra le 3 regioni (insieme a Campania e Sicilia) che, da sole

"hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal SSN nel periodo 2001-2009. In termini pro capite, disavanzi molto significativi si sono generati anche in Molise, Valle d'Aosta, Abruzzo e Sardegna. Solo nel Centro-Nord le regioni (tranne appunto Valle d'Aosta, nonché Piemonte, PA di Trento, Liguria e, nel 2009, Veneto) da alcuni anni

chiudono i conti in sostanziale equilibrio, talvolta peraltro solo grazie all'integrazione rappresentata dalle risorse regionali "extra-fondo". Di qui il carattere de facto "asimmetrico" del federalismo sanitario italiano. In linea di principio, tutte le regioni godono di un'ampia autonomia; nei fatti, moltissime regioni (quasi tutte del Centro-Sud) sono state private, almeno temporaneamente, di tale autonomia tramite l'assoggettamento ai Piani di rientro ed, in alcuni casi, il commissariamento"<sup>5</sup>.

Si può trattare di una necessità temporanea o di un passaggio temporaneo. La questione resta.

Questa situazione sta generando dei timori nella popolazione che, nel caso dei pazienti oncologici sono stati effettivamente rilevati e cioè che "la sanità, piegata dal diktat del risanamento dei budget pubblici, finisca per rinunciare alla sua fondamentale *mission* di garantire le cure migliori possibili, per tutti e ovunque"<sup>6</sup>.

D'altra parte, se la Corte di Cassazione in una sentenza del 2011 ha sostenuto che:

"il sistema sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato. Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria *missione* a livello ragionieristico"<sup>7</sup>.

Evidentemente la questione sta diventando rilevante.

La ricerca del Censis che ha studiato gli effetti dei tagli sulla sanità, ha evidenziato come:

"a fronte del rallentamento della crescita e del tendenziale contenimento della spesa sanitaria pubblica, continua ad aumentare quella privata dei cittadini.... Nel periodo 2007-2010, periodo dunque di crisi conclamata, l'incremento della *spesa privata per sanità* è stato pari al +8,1%%, mentre il totale della spesa per consumi degli italiani è aumentata di solo il +2,6%; e sono aumentate tutte e tre le componenti in cui viene solitamente suddivisa la spesa sanitaria privata: *prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico*, cresciuti del 5,8%; i *servizi ambulatoriali* (aumentati dell'11,1%); e i *servizi ospedalieri* (+8,1%)"<sup>8</sup>.

Si sta dunque verificando una situazione in cui, chi è in grado supplisce alle carenze del sistema attraverso proprie risorse.

La situazione della sanità presenta quindi le sue criticità, tanto che il tema della sostenibilità dei costi della sanità è oggi all'ordine del giorno, ma essa appare ancor più aggravata dalla scarsa integrazione tra sociale e sanitario che è di fondamentale importanza nel caso di patologie croniche o che tendono a cronicizzarsi. Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 ribadisce come il bisogno di salute è complesso, necessita di interventi "curativi" ed interventi "assistenziali" e deve prevedere, soprattutto per i cittadini "fragili", l'integrazione dei servizi del sistema sanitario e di quello sociale perché possa essere attuata una presa in carico globale del paziente e della sua famiglia. Sulla base di tali considerazioni, il Distretto socio-sanitario, dovrebbe rappresentare l'"unità di riferimento del processo di programmazione per pensare, programmare e poi attuare il sistema integrato di servizi ed interventi, nel quadro dei livelli essenziali definiti dall'art. 22 della l. 328/2000"<sup>9</sup>.

Nel Lazio siamo lontani dalla presenza di un sistema integrato di servizi, con notevole aggravio per coloro che assistono i malati, sui quali ricade l'onere di ricomporre, come in un puzzle, risposte settoriali e indica-

zioni terapeutiche che non tengono conto della condizione personale, familiare, economica o abitativa delle persone in difficoltà, al punto da risultare talvolta irrealistiche o irrealizzabili. D'altra parte, le risorse disponibili presso gli enti locali per garantire adeguati livelli di welfare subiscono il contraccolpo dovuto ai tagli dei bilanci ma risentono anche della "crescita della domanda di interventi e servizi, connessa al progressivo invecchiamento della popolazione e all'estensione della fascia della vulnerabilità sociale, ovvero di situazioni di disagio vero e proprio cui si legano diffuse condizioni di rischio di esclusione"<sup>10</sup>.

Il Rapporto UPI Lazio-EURES che analizza la spesa sociale sostenuta nel 2009 dagli enti locali del Lazio osserva "come la spesa sociale sia costituita per oltre il 95% da spesa corrente, ovvero come il 2009 appaia un anno di "emergenza" in cui le Amministrazioni Locali cercano di fare fronte ai bisogni immediati dei cittadini più che programmare investimenti a medio-lungo termine"<sup>11</sup>. In carenza di risorse è dunque difficile programmare i servizi innovativi per cui la ripartizione delle spese rimane quella tradizionale. La stessa ricerca riferisce che:

"nel 2008 il Lazio, così come l'Italia nel suo complesso, destina la maggior parte degli investimenti al sostegno delle famiglie e dei minori (45,5%, a fronte del 40,3% della media nazionale); elevata anche la percentuale di spesa in favore dei disabili (19,2% nel Lazio e 21,1% in Italia) e degli anziani (18,9% nel Lazio e 21,2% in Italia). L'incidenza delle spese scende al di sotto del 10% per quanto riguarda l'area "povertà, disagio degli adulti e senza fissa dimora" (9,4% nel Lazio e 7,7% in Italia), per immigrati e nomadi (4,3% e 2,7%) e soprattutto per le "dipendenze" (0,8% nel Lazio e 0,7% in Italia)"<sup>12</sup>.

Vi è dunque una forte penalizzazione dell'area del disagio degli adulti che sta cominciando ad emergere in maniera evidente in questa fase di crisi economica segnata dalla perdita del lavoro di tanti individui che, qualora siano colpiti anche da una patologia grave, rischiano di cadere in un baratro di assenze di tutele a meno che non abbiano una famiglia che possa fungere da "paracadute".

La Comunità di Sant'Egidio, ormai da diversi anni, ha aperto una casa in cui accoglie persone malate che presentano difficoltà alloggiative e di reddito, dando loro la possibilità di curarsi ed un luogo protetto dove poter affrontare gli effetti collaterali delle terapie. Si tratta di una casa dotata di 13 stanze da letto singole o doppie con bagno suddivise su due piani, la cucina è comune ed ogni ospite in grado di farlo contribuisce alla preparazione dei pasti. La gestione della casa è operata da persone della comunità che si alternano 24 ore su 24 gratuitamente, occupandosi della preparazione dei pasti, delle pulizie delle stanze, dell'accompagnamento alle visite mediche, dell'igiene delle persone non autosufficienti presenti, della somministrazione dei farmaci alle persone che non li assumono da soli e di quanto altro è necessario per il buon andamento della vita quotidiana.

Tutte le prestazioni sanitarie vengono svolte presso i presidi territoriali o ospedalieri ma gli ospiti possono usufruire di assistenza domiciliare sanitaria ove necessaria o di fisioterapia e di quanto ritenuto opportuno nel quadro terapeutico del singolo.

La casa vuole caratterizzarsi come un ambito che offre ospitalità per il tempo necessario a superare particolari fasi della malattia (es. perdita della casa e del lavoro) o anche supplire all'assenza di una rete familiare che possa supportare lo svolgimento di cure impegnative come nel caso di N. e C. che, entrambi, vi hanno trovato ospitalità recuperando così il diritto alle cure adeguate. L'ospitalità nella casa quindi può avere una duplice funzione: da una parte quella di garantire ospitalità stabile a chi ha malattie fortemente invalidanti e progressive, dall'altra essere un luogo di ospitalità temporanea limitata alla fase critica della malattia o alla

convalescenza aiutando il malato a riacquistare la sua autosufficienza e a reinserirsi nel tessuto sociale e nel mondo lavorativo.

Un altro ospite della casa è M., 59 anni, tedesco, vive in Italia da oltre 20 anni. È arrivato a Roma dopo varie peripezie. In Germania lavorava come minatore e, a causa di un gravissimo incidente sul lavoro era rimasto in coma per quasi un anno, poi al risveglio si era ritrovato solo e disorientato (durante la sua malattia la moglie era morta) e aveva deciso di partire per l'Italia (il padre era siciliano). Ex-alcolista, con una cirrosi epatica avanzata, era stato escluso dalla lista per il trapianto di fegato perché viveva per strada. M. ci è stato segnalato come malato in fase terminale in quanto molto spesso si scompensava e andava in coma epatico. L'ospitalità presso la casa alloggio della Comunità di Sant'Egidio ha permesso di farlo rivalutare per il trapianto e di farlo inserire nelle liste d'attesa. Essendo candidato al trapianto, è diventato un malato importante ed è stato inserito in un programma di cure e controlli assidui presso il day hospital con il risvolto che non ha più episodi di coma epatico da moltissimo tempo. Sono passati alcuni anni: dal 2008 si gode la sua vita non più "terminale" e l'ospitalità presso la casa.

M., grazie all'ospitalità nella casa, ha riacquisito una buona qualità di vita nonostante la malattia. È infatti nostra ferma convinzione, maturata nel lavoro di questi anni accanto ai malati gravi e terminali, che la qualità della vita della persona malata come anche, di conseguenza, la sua stessa durata dipende in misura significativa dalle soluzioni di alloggio, accoglienza e cura di cui può disporre.

<sup>1</sup> Censis, *I tumori in Italia. I bisogni e le aspettative dei pazienti e delle famiglie (sintesi dei risultati)*, Roma 2011, p. 20.

<sup>2</sup> *Ibidem* p. 9.

<sup>3</sup> *Ibidem* p. 21.

<sup>4</sup> Commissione Europea, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles 2009, p. 3.

<sup>5</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2010 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma 2011, p. 301.

<sup>6</sup> Censis, *I tumori in Italia. I bisogni e le aspettative dei pazienti e delle famiglie*, cit., p. 27.

<sup>7</sup> Corte di Cassazione, Sentenza n. 8254 del 2 marzo 2011.

<sup>8</sup> Censis-Forum per la Ricerca Biomedica, *Quale sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse In sanità?*, Roma 2011, p. 11.

<sup>9</sup> Ministero della Salute, *Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*, Roma 2011, p. 65.

<sup>10</sup> Unione delle Province Italiane del Lazio-Eures, *Rapporto sullo stato delle Province del Lazio*, Roma 2011, p. 181.

<sup>11</sup> *Ibidem* p. 183.

<sup>12</sup> *Ibidem* p. 184.

## BENESSERE PSICHICO E POVERTÀ

*La salvaguardia della salute mentale e psichica è una crescente priorità in Europa e quanti ne hanno a cuore la difesa hanno bisogno di conoscere il quadro di riferimento. In Italia sono frequenti le indagini sulla percezione soggettiva dei disturbi psichici, mentre c'è una relativa carenza di studi epidemiologici di prevalenza (teoricamente più oggettivi), come quello ESEMeD (2001), uno degli ultimi e meglio condotti. Esaminando i dati è possibile stimare la diffusione della malattia psichica. In Italia, in media, gli adulti che soffrono per un disturbo psichico importante sono circa l'8%. Nel Lazio la percentuale è leggermente superiore: si può stimare che lo scorso anno i malati siano stati poco più di 400.000.*

*Il numero dei malati psichici è in aumento ma in misura inferiore rispetto a quanto dicono le statistiche degli ultimi anni sul consumo di farmaci anti-depressivi. Gli studi indicano, inoltre, tra i fattori associati alla crescita dei disturbi psichici, la presenza di fenomeni ben noti: l'indebolimento dei legami familiari e sociali, il fallimento dei matrimoni, le difficoltà economiche e lavorative.*

*Il Servizio Sanitario Nazionale è il principale interlocutore delle persone che affrontano un disagio psichico rilevante. Oltre due terzi dei malati si rivolge a un medico generico, chiamato a svolgere un compito delicato: fornire assistenza di tipo psichiatrico e orientare il paziente per le scelte successive. Accanto alla medicina di base c'è poi la psichiatria pubblica. In Italia è stato sviluppato da anni un modello molto valido, riconosciuto a livello internazionale. Nel Lazio, tuttavia, la situazione presenta molti coni d'ombra, di natura strutturale, più che terapeutica.*

*Ci sono pochi posti letto nei reparti ospedalieri psichiatrici (SPDC), che spesso sono sovraffollati. La qualità "alberghiera" delle strutture, inoltre, è insufficiente. Così, i malati finiscono per ricorrere al ricovero nelle case di cura private accreditate (avere un posto letto in tempi rapidi può comportare una spesa personale aggiuntiva). Le cliniche, in generale, non possono rispondere alle crisi acute e spesso svolgono un compito di supplenza delle strutture territoriali (DSM/CSM). Il loro costo è elevato. Si stima una spesa totale compresa tra i 28 e i 35 milioni di euro all'anno per assistere poco più di 6.000 pazienti. È una cifra elevata e una spesa non sempre utile, che si potrebbe ridurre se fosse implementato un modello di psichiatria pubblica più aderente allo spirito della "legge Basaglia".*

*C'è, poi, la crisi economica. Colpisce i malati in modo diretto e indiretto e lo si vede bene utilizzando la lente delle storie di vita. Le procedure per la verifica dello stato di invalidità creano forti disagi. L'assegno può essere sospeso per un periodo lungo, anche durante i mesi successivi alla visita di verifica, senza alcun preavviso. È una ulteriore sofferenza psichica che si somma alla preesistente patologia. Ma la crisi colpisce anche in modo indiretto. Il contenimento generale della spesa farmaceutica a carico dello Stato è necessario, ma va fatto con attenzione: il cambiamento di linea terapeutica, nel caso degli psicofarmaci, va monitorato. C'è, infine, il capitolo dei tagli. Si riduce l'offerta da parte dei CSM di alcuni servizi riabilitativi e socializzanti (laboratori, attività di gruppo) ed è sempre più difficile trovare soluzioni abitative per i malati.*

*Abbiamo in mente delle proposte. Vorremmo che le strutture territoriali del Lazio recuperassero appieno il ruolo loro attribuito dalla legge. Ciò potrebbe avvenire senza gravare sul bilancio della sanità regionale. In un tempo di crisi bisogna operare degli aggiustamenti della spesa che possono lasciare ai pazienti tutte le opportunità per intraprendere un cammino di guarigione che per la malattia psichica ha, spesso, bisogno di tempi medio-lunghi (Dell'Acqua, 2010).*

## Aiutare gli altri fa star bene

La storia che ci lega a Giulia<sup>1</sup> è lunga e difficile. Ci siamo conosciuti quando lei aveva venti anni. Aveva dovuto prendere un congedo dal lavoro per malattia, la famiglia sperava si trattasse di un disturbo breve, una depressione passeggera. Ma con il passare dei giorni, dato che la situazione non migliorava, i genitori di Giulia hanno deciso di contattare, oltre ai medici, la Comunità di Sant'Egidio. Speravano che l'amicizia con una coetanea, una persona attiva nel volontariato avrebbe potuto aiutarla. Ci siamo conosciuti ed è nato un legame che dura da oltre venti anni, un periodo lungo e non sempre facile. La malattia ha una forza sorda e violenta che sembra incatenare la vita: per questo ci sono stati lunghi periodi in cui Giulia non se la sentiva di incontrare noi e chiunque altro. Ma dopo ogni "interruzione" la nostra amicizia è sempre ricominciata. Quest'anno Giulia è venuta varie volte a dare una mano alla Città Eco-solidale<sup>2</sup>; erano i giorni prima di Natale, e si preparavano i regali per il pranzo offerto dalla Comunità di Sant'Egidio nella Basilica di Santa Maria in Trastevere. Pur nelle difficoltà di salute, non solo Giulia è stata una presenza assidua ma parlando con naturalezza, chiarezza e semplicità ha detto: "Sto vivendo un periodo difficile, sto molto male e devo prendere molti psicofarmaci ma quando sto con voi per aiutare i poveri, io torno a casa e mi sento un'altra persona".

## La malattia psichica: nel labirinto delle cifre e dei dati

Secondo un recente studio europeo<sup>3</sup> le persone che nel corso del 2011 si sono trovate ad affrontare una situazione di "disordine mentale" (tasso di prevalenza a un anno<sup>4</sup>) sono state circa 164,8 milioni (Europa allargata, EU27). Tutti i disordini mentali – così come sono individuati e descritti nelle principali classificazioni internazionali (DSM IV – ICD10<sup>5</sup>) – erano, fino a ben oltre la metà del secolo scorso, di pertinenza della psichiatria. Attualmente il campo d'azione di questa disciplina è ancora molto vasto ma risulta più limitato per la possibilità di cura offerta da altre discipline come la neurologia.

Con il termine "malattia mentale" si intende una serie di disturbi del comportamento, del pensiero e dell'affettività (emozioni, tono dell'umore) che può andare da disturbi lievi e transitori a disturbi gravi che incidono pesantemente sulla vita delle persone. A volte, questi disturbi possono essere causati da malattie fisiche (meningiti, encefaliti, tumori), oppure da intossicazioni da farmaci, alcool o droghe; molte altre volte, a tutt'oggi, la loro origine rimane un mistero nonostante siano state proposte diverse teorie e spiegazioni.

Spesso, come per tutte le patologie, il confine tra salute e malattia non è netto, ma c'è un *continuum* che va da uno stato di pieno benessere, a disturbi lievi, via via fino a malattie gravi. Questo è tanto più vero per i disturbi mentali, che non possono essere diagnosticati con analisi cliniche o esami strumentali, ma solo attraverso la descrizione dell'esperienza soggettiva e l'osservazione e la classificazione di sintomi da parte del curante. C'è quindi un notevole aspetto "soggettivo" nelle diagnosi e nelle differenziazioni dei disturbi mentali che è difficile eliminare. Tuttavia negli ultimi anni sono stati fatti notevoli sforzi per uniformare la denominazione e la diagnosi dei vari disturbi. Nonostante ciò, per avere un quadro il più possibile og-

gettivo della diffusione delle diverse patologie, bisogna affidarsi a criteri multipli che non si escludono a vicenda:

1. criterio sintomatico-descrittivo (presenza di sintomi individuati dal manuale diagnostico di riferimento);
2. criterio diagnostico (diagnosi fatta da uno specialista);
3. criterio soggettivo (manifestazione di una sofferenza);
4. altri criteri (rapporto con la società, scostamento dalla "normalità statistica").

L'abuso/dipendenza da alcool (e da altre sostanze) rientra negli studi epidemiologici sulla malattia mentale che abbiamo consultato e per questo sarà presente in alcune delle tabelle inserite in questo lavoro, anche se le intossicazioni non possono essere definite un disturbo di prevalente natura psichiatrica.

Per valutare in modo corretto, per quanto è possibile, l'importanza della malattia psichica si deve far riferimento a studi epidemiologici di prevalenza: è il caso dell'indagine ESEMeD<sup>6</sup>. Grazie all'utilizzo di un campione nazionale molto ampio, e alla somministrazione di un questionario lungo e complesso, questa ricerca ha prodotto dei risultati importanti che permettono di conoscere, a livello nazionale, la prevalenza dei disturbi mentali non psicotici<sup>7</sup> (Tabella 1). In particolare, il questionario viene somministrato tenendo conto del fatto che, per i disturbi mentali, sono presi in considerazione solo episodi che hanno una durata di almeno un mese<sup>8</sup>. L'indagine rivela, inoltre, che "la depressione maggiore e le fobie specifiche sono risultati i disturbi più comuni: circa il 10% del campione nazionale ha sofferto, nel corso della propria vita, di una depressione maggiore, ed il 3% ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti all'intervista"<sup>9</sup>.

L'indagine si sofferma anche sui fattori associati alla malattia. "Per quanto riguarda le classi d'età, la scolarità, l'area e la zona geografica di residenza [...] non vi sono differenze di rilievo. Nel caso dello stato civile e dello status occupazionale, l'essere stati precedentemente coniugati o l'essere disoccupato è associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo negli ultimi 12 mesi. Anche lo status di casalinga è associato ad una probabilità più elevata di avere sofferto di un qualsiasi disturbo mentale"<sup>10</sup>.

Tabella 1 – Prevalenza dei disturbi mentali non psicotici in Italia (a 12 mesi e *lifetime*)

	Prevalenza a 12 mesi (%)			Prevalenza <i>lifetime</i> (%)		
	Tutti	Maschi	Femmine	Tutti	Maschi	Femmine
<b>Disturbi mentali</b>	<b>7,3</b>	<b>3,9</b>	<b>10,4</b>	<b>18,3</b>	<b>11,6</b>	<b>24,4</b>
Disturbi affettivi	3,5	2,0	4,8	11,2	7,2	14,9
- <i>Depressione maggiore</i>	3,0	1,7	4,2	10,1	6,5	13,4
Disturbi d'ansia	5,1	2,2	7,8	11,1	5,5	16,2
Disturbi da alcool	0,1	0,2	0,1	1,0	2,0	0,1

Fonte: Indagine ESEMeD (2001)

I dati hanno evidenziato come i disturbi affettivi e d'ansia colpiscano soprattutto le donne ma il campo di osservazione dell'indagine non tiene conto di un importante gruppo di patologie: le psicosi. Nel caso dei disturbi psicotici, infatti, il rapporto statistico "di genere" è inverso<sup>11</sup> rispetto a quello riportato nella tabella.

I dati epidemiologici permettono di stimare il tasso nazionale di prevalenza a 12 mesi dei principali disturbi psichici. Si stima, infatti, che le persone adulte che in Italia hanno sofferto nel corso dell'ultimo anno di un "disturbo psichico rilevante [...] che dura più a lungo che poche ore o una giornata o due"<sup>12</sup> sono state circa l'8% della popolazione maggiorenne<sup>13</sup>. Se consideriamo, poi, un arco di tempo lungo, ossia tutta la vita, questo numero cresce notevolmente, fin quasi a triplicare.

Se applichiamo il tasso nazionale di prevalenza a 12 mesi stimato alla popolazione del Lazio<sup>14</sup> otteniamo un totale di circa 380.000 persone. Questo numero risulta necessariamente approssimato, giacché i dati consultati non presentano un dettaglio regionale. La nostra stima può essere affinata esaminando i dati dell'ISTAT (Indagine Multiscopo 2005) che permettono di fare un confronto, sulla base di indicazioni soggettive, limitato alla depressione e all'ansietà cronica, tra il Lazio, l'Italia nel suo complesso e le sue ripartizioni. (Tabella 2). Nella nostra regione la prevalenza di queste malattie è leggermente superiore a quella media nazionale.

Tabella 2 – Indagine Multiscopo, prevalenza delle principali malattie croniche – Anno 2005

AREE GEOGRAFICHE	Depressione e ansietà cronica	Altre malattie del sistema nervoso
<b>Lazio</b>	<b>5,8</b>	<b>1,1</b>
<b>ITALIA</b>	<b>5,3</b>	<b>1,0</b>
Italia Nord-orientale	5,5	0,9
Italia Centrale	6,2	1,0
Italia Meridionale	4,4	1,1
Italia Insulare	5,3	1,0

Fonte: ISTAT – Multiscopo

Anche altre indagini e statistiche, come quelle prodotte nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI 2010<sup>15</sup>, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, concordano nell'affermare che la prevalenza della depressione<sup>16</sup>, con riferimento alla sola popolazione di età compresa tra i 18 e i 69 anni, nel Lazio (7,7%) è moderatamente superiore a quella media nazionale (6,4%). Pertanto, è opportuno correggere la stima iniziale delle persone affette da disturbi psichici, affermando che nella regione Lazio, lo scorso anno, oltre 400.000 persone sono state interessate da un episodio significativo.

Per avere un'idea più articolata della rilevanza dei disturbi psichici dobbiamo ricordare che, secondo alcuni studi internazionali (Mathers e Loncar, 2006), in Italia (e in generale nei paesi occidentali) le malattie psichiche più gravi (disturbi psicotici e depressioni maggiori) potrebbero diventare la principale causa di disabilità<sup>17</sup>.

Un particolare indicatore, utilizzato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e conosciuto a livello internazionale, il DALY<sup>18</sup> (Disability Adjusted Life Years Lost), con il suo metodo di calcolo basato su specifici livelli di disabilità, ci permette di comprendere meglio la gravità dei diversi disturbi psichici e il loro impatto sulla vita personale e sociale. Il numero di anni di disabilità (DALY) viene calcolato sulla base dei *disability weights* (Tabella 3) ovvero dei pesi che riflettono la gravità della malattia attraverso una scala da 0 (perfetta salute) a 1 (equivalente a morte). Utilizzando questi pesi si effettua il calcolo degli anni di disabilità.

Tabella 3 – *Disability weights* per il calcolo degli "anni persi" (DALY) a causa della disabilità psichica

Disturbi psichici	Senza trattamento				Con trattamento			
	Fasce di età (anni)				Fasce di età (anni)			
	5-14	15-44	45-59	60+	5-14	15-44	45-59	60+
Depressione maggiore	0,600	0,600	0,600	0,600	0,302	0,302	0,302	0,302
Disturbo bipolare	0,583	0,583	0,583	0,583	0,383	0,383	0,383	0,383
Schizofrenia	0,627	0,627	0,645	0,667	0,351	0,351	0,351	0,351
DPTS (disturbi da stress)	0,105	0,108	0,108	0,108	0,105	0,108	0,108	0,108
Fobie e disturbi d'ansia	0,129	0,129	0,129	0,129	0,080	0,080	0,080	0,080
Disturbi da panico	0,173	0,173	0,173	0,173	0,091	0,091	0,091	0,091

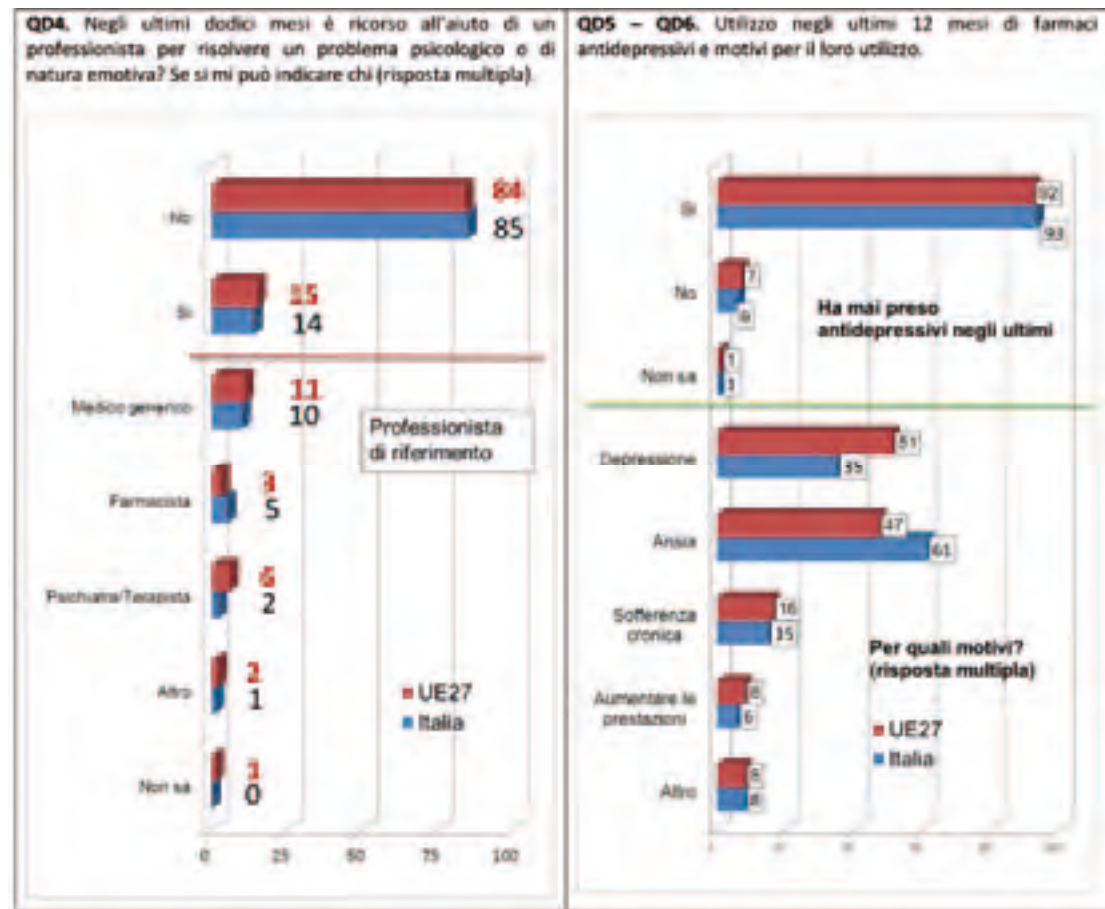
Fonte: OMS – Health statistics and health information systems (2001)

I dati proposti dall'OMS sono rilevanti: una persona che soffre per una condizione di depressione o per un disturbo psicotico grave si trova in una condizione di disabilità pari al 60%, un livello che è paragonabile solo ad altre patologie gravi come la cecità o la paresi ed è tra le più elevate di tutte quelle considerate. Gli altri disturbi psichici hanno una gravità (disabilità) inferiore ma comunque rilevante e paragonabile, ad esempio, a un attacco di febbre malarica o alla frattura di una mano. Questa situazione si modifica radicalmente, secondo l'OMS, nel caso in cui la malattia psichica sia curata in modo adeguato: la disabilità si riduce nettamente.

Le statistiche sul disagio psichico sono, a volte, strumentalizzate o usate per giustificare una visione preoccupata del futuro. Ma la disabilità, come evidenziano i dati, può essere ridotta in modo rapido e rilevante con un trattamento. Molti "addetti ai lavori" in campo psichiatrico sostengono, inoltre, che nel medio/lungo periodo si può ottenere una guarigione completa, ma il trattamento non può essere solo medico o farmacologico ma deve essere multi-dimensionale, globale: alla base di quasi tutti i disturbi, infatti, c'è una molteplicità di fattori. La cura, la riabilitazione è sia sanitaria sia sociale, sia comunicativa sia lavorativa, secondo un modello multifattoriale (Dell'Acqua, 2010). I comportamenti umani vanno letti nella loro complessità, tenendo conto di diversi fattori interagenti: il tempo o i tempi della vita, i fattori individuali e sociali di vulnerabilità (condizioni fisiche, familiari, culturali ed economiche), gli eventi dell'esistenza (positivi e negativi), l'ambiente circostante (il contesto urbano e lavorativo), gli stili di vita.

La guarigione (la *recovery*, per usare il termine anglosassone) è il punto di arrivo di un processo che inizia con il contatto con un professionista cui si ricorre quando si manifesta un disturbo psichico. I dati di un'indagine europea (Eurobarometro "Mental Health"<sup>19</sup>) ci aiutano a capire qual è il comportamento dei malati nel momento in cui avvertono la necessità di un aiuto medico. Esaminando le risposte a due quesiti sull'impatto dei disturbi della sfera emotiva e sul ricorso a psichiatri e psicologi verificiamo quale sia il comportamento dei cittadini italiani che hanno segnalato di avere "qualche volta" un problema emotivo (25% della popolazione). Molte volte le persone che avvertono una forma di disagio psichico si rivolgono al medico generico (10%); altre volte (5%) si rivolgono al farmacista, anche solo per avere i farmaci di cui hanno (credono di avere) bisogno (Grafico 1 – sinistra).

Grafico 1 – Professionista di riferimento e utilizzo dei farmaci (percentuale degli intervistati)



Fonte: Eurostat – Eurobarometro "Mental Health" (2010)

Sporadici sono i casi in cui ci si rivolge direttamente a uno specialista (2%). Questa modalità di comportamento è, in parte, specifica dell'Italia dato che, a livello europeo, c'è un più frequente ricorso allo psichiatra o ad altro specialista. I dati evidenziano la necessità di rafforzare la collaborazione tra medicina di base e medicina specialistica.

Ci vogliamo porre, infine, la domanda su quale sia il rapporto delle persone malate con i farmaci specifici per la malattia psichica. I dati dell'Eurobarometro sono un'utile introduzione sul tema della farmacologia psichiatrica (Grafico 1, parte destra), un riferimento oggi quasi scontato<sup>20</sup> per molte persone che devono affrontare la malattia, che però scontato non era fino a qualche decennio fa.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIF) ha rilevato che, nel 2010, in Italia il valore dei farmaci prescritti per il trattamento delle malattie del sistema nervoso centrale è stato di 26 miliardi di euro. Una quota consistente è rappresentata dai farmaci utilizzati per la terapia dei disturbi psichici<sup>21</sup>. L'argomento, come altri trattati in precedenza, meriterebbe uno specifico approfondimento anche perché richiama una serie di questioni di fondo sulla crescente "medicalizzazione" delle situazioni di semplice disagio, sull'efficacia dei nuovi principi attivi e sulla necessità di informare meglio i pazienti sull'azione dei farmaci. Torneremo, in seguito, su alcuni di questi temi, pur consapevoli che la materia richiederebbe un ben più ampio approfondimento al quale ci ripromettiamo di dedicarci quanto prima.

#### Dall'internamento all'avventura di Trieste: una legislazione avanzata ma un sogno che arretra

In Italia, fino a prima dell'approvazione della legge n. 180 del 1978 lo stigma, la paura del "contagio" – e non solo – erano recepiti dalla legge: l'idea che la malattia mentale fosse difficilmente curabile e guaribile si concretizzava nella norma che attribuiva al pretore o all'autorità di pubblica sicurezza la decisione sulla dimissione o sul ricovero "definitivo" delle persone malate. Dal 1926 il codice penale (codice Rocco) prevedeva la comunicazione al casellario giudiziario del ricovero in manicomio.

Nell'agosto del 1971, Franco Basaglia, dopo la precedente esperienza di Gorizia<sup>22</sup>, assume la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste. L'obiettivo di Basaglia è quello di superare il manicomio attraverso la costruzione di una rete di servizi territoriali, alternativi e sostitutivi delle funzioni assolte dall'ospedale, nella convinzione che esso non può essere riformato: obbedendo a regole e leggi di ordine pubblico e controllo sociale, l'ospedale psichiatrico non può soddisfare obiettivi di assistenza e di cura ma, piuttosto, è esso stesso produttore di malattia.

Il 13 maggio 1978, sotto la spinta dei processi di deistituzionalizzazione in atto a Trieste e in altre parti d'Italia, viene approvata la legge 180, che decreta il graduale superamento degli ospedali psichiatrici a vantaggio di un modello di assistenza territoriale radicalmente innovativo<sup>23</sup>. È il punto di avvio di una lunga battaglia culturale e scientifica.

Oggi, nell'ordinamento italiano, il principale riferimento normativo in materia di sanità psichiatrica si ritrova nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in particolare agli artt. 33, 34, 35 e 64. Negli articoli citati, infatti, furono trasfuse gran parte delle disposizioni della legge 180/1978<sup>24</sup>, che avrebbe dato inizio al processo di chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici<sup>25</sup>.

Nell'attribuzione delle competenze delineate dall'art. 117 della Costituzione, la "tutela della salute" rientra tra le materie di legislazione concorrente. Per tale ambito, cioè, spetta alle regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, che è riservata a leggi dello Stato. Pertanto, la legge n. 833/1978, nel fissare i principi cui le leggi regionali dovevano attenersi, ha disposto l'istituzione, nell'ambito delle unità sanitarie locali, di strutture dipartimentali per l'erogazione di servizi di salute mentale e ha affidato alle Regioni e alle Province autonome l'organizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica.

Per definire a livello statale le caratteristiche unificanti degli interventi nelle varie regioni, nel corso degli anni si è fatto ripetutamente ricorso allo strumento del progetto-obiettivo<sup>26</sup>. L'ultimo progetto-obiettivo, approvato per il triennio 1998-2000,<sup>27</sup> stabiliva l'istituzione di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL), secondo degli *standard* fissati dalla legge (DPR del 14 gennaio 1997). I servizi costitutivi del DSM sono:

- il Centro di Salute Mentale (CSM)
- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- il *Day-Hospital* (DH)
- il Centro Diurno (CD)
- le Strutture Residenziali (SR).

In ambito sopranazionale, il primo documento comune in materia di salute mentale – sottoscritto dai ministri della salute di cinquantadue paesi dell'Europa geografica (tra cui l'Italia), al termine dei lavori della Conferenza europea sulla salute mentale del gennaio 2005, organizzata dall'OMS – è la Dichiarazione di Helsinki<sup>28</sup>.

La Dichiarazione di Helsinki riconosce la salute e il benessere mentale come fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, e individua le priorità di azione per il successivo decennio<sup>29</sup>.

Con la sottoscrizione della dichiarazione, i governi si sono impegnati, in particolare: a fornire risorse finanziarie adeguate, facendo sì che gli investimenti a favore della salute mentale siano una parte ben identificabile della spesa sanitaria generale; a sviluppare, per coloro che soffrono di gravi problemi di salute mentale, servizi di comunità sostitutivi dell'assistenza fornita nelle grandi istituzioni chiuse; ad applicare misure che pongano fine a trattamenti inumani e degradanti.

La Commissione delle Comunità europee, riferendosi al documento di Helsinki, ha elaborato a sua volta, nell'autunno 2005, un "Libro verde" sulla salute mentale<sup>30</sup>, nel quale evidenzia, tra l'altro, come sussistano significative discrepanze tra gli Stati membri dell'Unione europea (così come al loro interno)<sup>31</sup>.

## La salute mentale. Il puzzle del territorio: disomogeneità nei servizi offerti

Lo schema dell'ultimo "Piano sanitario nazionale 2011-2013", nella parte dedicata alla salute mentale<sup>32</sup>, ha evidenziato il fatto che, seppure la distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfi gli standard tendenziali nazionali, la dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi sul territorio appaiono disomogenee fra le varie regioni e all'interno di ciascuna regione.

Non conosciamo in modo completo la situazione attuale dei servizi in Italia. Una delle fotografie più particolareggiate dell'assistenza psichiatrica risale a oltre dieci anni fa (2001) quando il Ministero della Salute ha promosso una rilevazione a carattere nazionale<sup>33</sup>.

Naturalmente in un decennio sono cambiate varie cose ma la fotografia del 2001 non è del tutto "ingiallita" e offre informazioni sufficienti per alcune considerazioni di massima. In generale, la normativa prevede un DSM in ciascuna ASL, ma i fatti dimostrano che non è così ovunque. Se nel Lazio e nella maggior parte delle regioni d'Italia c'è un DSM in ogni ASL, in alcune regioni del nord-ovest e del sud questo rapporto "uno a uno" non viene rispettato e i DSM risultano in numero maggiore delle ASL.

I DSM, com'è stato accennato, sono articolati in unità operative più piccole: i CSM. La situazione nelle singole regioni è molto differenziata (Tabella 4). Nel Lazio (2010) ogni DSM è articolato, in media, in 5,6 CSM. Ogni DSM del Lazio serve una popolazione complessiva<sup>34</sup> di oltre 475.000 abitanti, inferiore solo a quella dei DSM della Sicilia (oltre 560.000) e più che doppia rispetto ad altre grandi regioni come il Veneto. La popolazione di riferimento per ciascun CSM è meno variabile. A livello nazionale ogni CSM serve in media una popolazione compresa tra 80 e 100.000 abitanti (85.000 nel Lazio).

Non abbiamo elementi sufficienti per poter valutare se il rapporto DSM/CSM del Lazio sia più o meno efficiente di quello di altre regioni, ma i dati confermano la grande disomogeneità a livello nazionale.

L'indagine sui servizi psichiatrici del 2001 considerava una serie di caratteristiche proprie dei servizi territoriali così come istituiti dalla normativa di riferimento: *Day-Hospital* (DH), centri diurni, strutture residenziali e numero di posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e nelle case di cura convenzionate.

La distribuzione dei posti letto fa emergere ancora la disomogeneità territoriale e soprattutto la grande anomalia del Lazio. Nel 2001 sono stati censiti in tutto il territorio nazionale 4.444 posti letto in case di cura private (spesso convenzionate con i DSM): l'88,5% si trovava in sei regioni: Lazio, Campania, Piemonte, Calabria, Sardegna e Veneto. In altre sei regioni non erano presenti case di cura psichiatriche private. Oggi, nel Lazio (2010) nelle cliniche psichiatriche convenzionate sono disponibili 1.140 posti letto ovvero oltre l'80% dell'offerta della regione, una disponibilità che non solo compensa la carenza di posti negli SPDC (0,074 posti letto per abitante rispetto a 0,104 della media nazionale) ma finisce per essere considerata la principale soluzione per risolvere quelle situazioni che i servizi territoriali non riescono ad affrontare. Fortunatamente, non in tutte le province italiane la cura dei disturbi psichici si risolve con un ricovero in casa di cura privata.



**Tabella 4 – Dipartimenti di Salute Mentale e assistenza psichiatrica ospedaliera e nelle cliniche private – Anno 2001**

Regione	DSM	CSM	CSM/ DSM	Posti Letto		PL SPDC / PL Totali	Popolazione	PL SPDC / Pop
	(1)	(2)		SPDC	Cliniche			
Piemonte	24	68	2,8	282	689	29,0%	4.287.465	0,099
Valle d'Aosta	1	1	1,0	15	0	100,0%	120.343	0,187
Lombardia	28	96	3,4	763	50	93,8%	9.242.807	0,124
Bolzano	4	4	1,0	59	0	100,0%	462.542	0,191
Trento	1	10	10,0	64	0	100,0%	473.714	0,203
Veneto	21	53	2,5	474	392	54,7%	4.511.714	0,158
Friuli	6	23	3,8	68	0	100,0%	1.185.172	0,086
Liguria	5	20	4,0	176	20	89,8%	1.625.870	0,162
Emilia	13	48	3,7	240	119	66,9%	3.981.146	0,090
Toscana	12	51	4,3	216	135	61,5%	3.536.392	0,092
Umbria	4	14	3,5	31	0	100,0%	835.488	0,056
Marche	13	15	1,2	144	20	87,8%	1.460.989	0,148
Lazio	12	72	6,0	256	973	20,8%	5.264.077	0,073
<b>Lazio (2010)</b>	<b>12</b>	<b>67</b>	<b>5,6</b>	<b>281</b>	<b>1140</b>	<b>19,8%</b>	<b>5.728.688</b>	<b>0,074</b>
Abruzzo	6	13	2,2	88	40	68,8%	1.279.016	0,103
Molise	3	1	0,3	39	0	100,0%	327.987	0,178
Campania	13	61	4,7	230	901	20,3%	5.780.958	0,060
Puglia	12	49	4,1	193	40	82,8%	4.085.239	0,071
Basilicata	5	5	1,0	43	0	100,0%	606.183	0,106
Calabria	11	32	2,9	123	489	20,1%	2.050.478	0,090
Sicilia	9	48	5,3	399	87	82,1%	5.087.794	0,118
Sardegna	8	23	2,9	94	489	16,1%	1.651.888	0,085
Italia	211	707	3,4	3997	4444	47,4%	57.857.262	0,104
Nord-Ovest	58	185	3,2	1236	759	62,0%	15.276.485	0,121
Nord-Est	45	138	3,1	905	511	63,9%	10.614.288	0,128
Centro	41	152	3,7	647	1128	36,5%	11.096.946	0,087
Sud e Isole	67	232	3,5	1209	2046	37,1%	20.869.543	0,087

Fonte: Ministero della Salute (2001) e ASP del Lazio (2011)

#### I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)

L'analisi della dotazione di posti letto presso gli SPDC e gli altri reparti ospedalieri del Lazio e le giornate di degenza mostra la situazione di sovraffollamento di queste strutture (tasso di occupazione).

Secondo quanto riportato dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (ASP)<sup>35</sup>, nel 2010 (Tabella 5) erano presenti sul territorio regionale 22 SPDC, con 281 posti letto, e 13 *Day-Hospital* (8 in ospedali generali, 4 in reparti universitari, uno in case di cura neuropsichiatriche private accreditate), con 41 posti letto complessivi. Nella città di Roma operavano, inoltre, 2 reparti psichiatrici presso Aziende universitarie, per complessivi 21 posti letto. Nella regione, pertanto, risultava presente un totale di 343 posti letto.

**Tabella 5 – Posti letto, dimissioni e giornate di degenza negli SPDC e nei reparti psichiatrici – Anno 2010**

DSM	SPDC	Posti Letto	Dimissioni	Giornate di degenza*	Tasso di occupazione
		N	N	GG	(GG/PL)/365 [%]
Roma A	Fatebenefratelli Isola Tib.(Roma)	12	467	4.337	99,0%
	Policlinico Umberto I (Roma)	15	324	3.737	68,3%
Roma B	Sandro Pertini (Roma)	15	407	4.408	80,5%
Roma C	San Giovanni (Roma)	15	535	5.616	102,6%
	Sant'Eugenio (Roma)	15	412	4.353	79,5%
Roma D	Giovanni Battista Grassi (Roma)	13	236	5.310	111,9%
	San Camillo-Forlanini (Roma)	15	378	5.232	95,6%
	Santo Spirito (Roma)	12	425	5.079	116,0%
Roma E	San Filippo Neri (Roma)	12	492	4.418	100,9%
	Sant'Andrea (Roma)	12	373	4.895	111,8%
Roma F	San Paolo (Civitavecchia)	12	380	3.851	87,9%
Roma G	Angelucci (Subiaco)	10	271	3.513	96,2%
	San Giovanni Evangelista (Tivoli)	12	430	4.346	99,2%
Roma H	San Sebastiano Martire (Frascati)	15	546	4.464	81,5%
	San Giuseppe (Albano Laziale)	12	375	2.585	59,0%
Viterbo	Belcolle (Viterbo)	15	343	2.948	53,8%
Rieti	San Camillo de Lellis (Rieti)	12	358	4.067	92,9%
	Santa Maria Goretti (Latina)	12	374	2.706	61,8%
Latina	Dono Svizzero (Formia)	8	302	2.969	101,7%
	Civile (Ceccano)	15	368	4.738	86,5%
Frosinone	Pasquale Del Prete (Pontecorvo)	12	394	3.579	81,7%
	Santissima Trinità (Sora)	10	406	3.462	94,8%
<b>TOTALE SPDC -LAZIO</b>		<b>281</b>	<b>8596</b>	<b>90.613</b>	<b>88,3%</b>
Roma A	Policlinico Umberto I (Roma)	5	99	2.107	115,5%
Roma B	Policlinico Tor Vergata (Roma)	16	462	5.783	99,0%
<b>TOTALE Reparti Psichiatrici Universitari -LAZIO</b>		<b>21</b>	<b>561</b>	<b>7.890</b>	<b>102,9%</b>

\* Contribuiscono alle giornate di degenza 2010 le giornate che fanno riferimento a ricoveri con dimissione avvenuta entro il 28 febbraio 2011.

Fonte: ASP del Lazio (2011)

In nessuna ASL del Lazio viene raggiunto lo *standard* proposto dalla legge di un posto letto per 10.000 abitanti<sup>36</sup>. L'offerta più bassa (escludendo i posti del policlinico di Tor Vergata<sup>37</sup>) si osserva nella ASL Roma B, mentre l'offerta più elevata si registra nelle ASL di Rieti e di Frosinone. Nella regione, quindi, mancano almeno 100 posti letto per rispondere alle situazioni di crisi e questo si ripercuote sui tassi di occupazione (fino al sovraffollamento). La situazione sembra particolarmente difficile in due ospedali romani: il "Giovanni Battista Grassi" di Ostia e il "Sant'Andrea", situato nella zona nord della città di Roma.

Raffrontando, poi, i dati del Lazio con quelli del DSM di Trieste (riconosciuto dall'ORIS come centro di riferimento internazionale per la salute mentale), si riscontra una notevole differenza tra tassi di ricovero e durata media della degenza. Così, mentre nel Lazio la media dei ricoveri in SPDC è pari a 15,9 ogni 10 mila abitanti, nell'area di Trieste lo stesso tasso è di circa tre volte inferiore (5,4 ricoveri in SPDC ogni 10 mila abitanti), e se nel Lazio il numero medio di giorni di ricovero è pari a 10,5, a Trieste è pari a 6,9<sup>38</sup>.

D'altronde, l'obiettivo dichiarato del servizio di diagnosi e cura di Trieste è ridurre il più possibile la durata del ricovero ospedaliero, in linea con il principio della territorialità della cura. Inoltre, nel SPDC di Trieste le porte del servizio sono sempre aperte e non si ricorre mai, in nessun caso, alla contenzione<sup>39</sup>.

A Trieste, poi, con la chiusura del manicomio, è stato definitivamente bandito l'*elettroshock*<sup>40</sup> – o terapia elettroconvulsivante (TEC), come oggi viene chiamato<sup>41</sup> che è invece ancora effettuato in alcune regioni d'Italia, tra cui il Lazio<sup>42</sup>. Alcune delle strutture in cui viene praticato sono pubbliche o private convenzionate come nel caso della nostra regione. Non mancano, infatti, i sostenitori di una pratica la cui evidenza terapeutica è scarsamente provata, incoraggiati dal miglioramento degli elementi di "contorno" (anestesia, macchinari, assistenza di personale qualificato) che solo hanno ridotto i fattori di rischio più evidenti e gli effetti collaterali. Nulla sembra indicare, tuttavia, che l'efficacia terapeutica sia aumentata. Vittorino Andreoli, intervistato nel 2008, sottolineava che "in epoca di neuroscienze avanzate e farmaci mirati, l'*elettroshock* ha poco senso"<sup>43</sup>. Concordiamo assolutamente con questo giudizio.

Tornando al modello organizzativo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Trieste, dobbiamo notare come esso ha consentito ai pazienti, anche nelle situazioni più gravi, di mantenere i contatti con il proprio ambiente per un più agevole superamento delle situazioni di crisi. Inoltre, ha confermato la possibilità di evitare l'istituzionalizzazione ed il rischio di neo-manicomialismo a cui altri SPDC sono oggettivamente esposti. Per completare la riflessione sugli SPDC bisogna evidenziare che, al di là dell'insufficienza dei posti letto, i reparti ospedalieri dedicati alla cura delle malattie psichiche sono uno snodo fondamentale per affrontare in modo adeguato le crisi più serie.

Su questo punto vorremmo essere molto chiari: essere ricoverati in un SPDC può essere la risposta terapeutica giusta per una crisi, certamente è la strada maestra da seguire nel caso di una crisi molto grave. Pertanto un reparto ospedaliero di psichiatria dovrebbe essere una struttura di grande qualità o, come si dice a volte, di "eccellenza".

Abbiamo visitato persone ricoverate in SPDC e abbiamo potuto osservare, in molti casi, uno *standard* abitativo inferiore a quello di altri reparti.

Di frequente le strutture presenti nel Lazio inducono nei pazienti e nei loro familiari l'idea che, nel migliore dei casi, si tratti di reparti destinati a persone confuse che, quindi, sono difficili da tenere in condizioni

ottimali oppure che, in fondo, i pazienti non fanno troppo caso alla qualità dell'ambiente. In molti reparti non esiste un'area di svago, spesso sono sovraffollati e in una stessa stanza possono essere ospitati quattro o più pazienti. Non sempre è prevista un'area destinata al fumo e quando esiste diventa presto sudicia. Mobili e suppellettili sono in cattive condizioni. Naturalmente riconosciamo che gli SPDC sono reparti in cui l'usura è molto rapida (per la condizione in cui si trovano i pazienti), ma proprio per questo richiederebbero un'attenzione specifica.

### L'attività dei dipartimenti di salute mentale

Il documento sulle "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" (LIN\_SM)<sup>44</sup>, nello stigmatizzare la differenza tra le prestazioni erogate nelle diverse realtà regionali, fa riferimento sia all'organizzazione dei servizi del DSM sia ad aspetti specifici, quali gli interventi di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Il numero di ricoveri in TSO è inserito tra gli indicatori rilevanti ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>45</sup>. Il quinto *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza*, relativo al periodo 2007-2009<sup>46</sup>, afferma, infatti, che l'indicatore relativo al numero di ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio è un "indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici". E prosegue: "Essendo il TSO una modalità di intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace nella presa in carico 'ordinaria' dei pazienti (anche i più gravi), il valore dei ricoveri dovrebbe risultare contenuto; per questo motivo, l'indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi riabilitativi messi a punto dai DSM".

Secondo quanto afferma l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio<sup>47</sup>, nel 2010, il numero di TSO registrati nella regione sulla base di un proprio sistema di monitoraggio, è risultato essere pari al 9,5% delle dimissioni da SPDC. Peraltro, il medesimo rapporto evidenzia che, "studiando l'andamento temporale dei TSO per istituto si è preso atto di una sottonotifica di questo tipo di informazione" e che, pertanto, i ricoveri per TSO nella Regione Lazio possono essere stimati più verosimilmente all'11,7% delle dimissioni da SPDC avvenute nel medesimo anno, pari a un tasso di 17 TSO per 100 mila abitanti.

Il documento LIN\_SM del 2008 indica, inoltre, alcuni *standard* operativi dei servizi territoriali. Vi si legge che "la disponibilità di strutture attive nel territorio, i tempi di apertura, i percorsi abilitativi, formativi, di inserimento lavorativo e le risorse impegnate, la quantità e qualità dei posti residenziali", nonché le risposte all'emergenza ed alla crisi devono essere uniformi sul territorio nazionale. Lo stesso documento, con particolare riferimento ai CSM, osserva come questi, presenti in numero adeguato in tutto il paese, sono diversamente accessibili quanto ad orari di apertura e presentano modalità operative e finalità spesso radicalmente differenti. In particolare, laddove il CSM non riesce a realizzare una presa in carico globale, limitandosi a svolgere una funzione puramente ambulatoriale, "il ricovero in SPDC o presso le case di cura convenzionate può assumere il senso di una delega di parti significative del percorso terapeutico". È per questo – si afferma sempre nel documento – che gli SPDC svolgono funzioni qualitativamente diverse, in rapporto allo sviluppo ed alla maturità operativa dei servizi territoriali.

Tra i principali interventi da attuare, le linee di indirizzo ministeriali del 2008 includono esplicitamente la promozione di servizi finalizzati a percorsi di ripresa, non potendo più i servizi di salute mentale “accontentarsi di avere come obiettivo la stabilizzazione e la gestione del disturbo mentale, per quanto all’esterno delle istituzioni manicomiali”. Si tratta, in buona sostanza, di una filosofia di azione centrata sulla persona, quella che il documento di indirizzo chiama, con un’espressione particolarmente felice, la “traduzione moderna delle teorie e delle pratiche della deistituzionalizzazione di trent’anni or sono”.

Non più e non solo, dunque, *standard* riferiti a strutture (posti letto, ecc.) ma un approccio centrato sulle persone, le potenzialità di ripresa e il “desiderio di guarigione” che ognuno porta con sé. Le strade indicate dalle linee di indirizzo nazionali vanno, pertanto, nella direzione di valorizzare e promuovere le esperienze di sostegno abitativo (gruppi-appartamento e case-famiglia), riaffermando la centralità che assumono i processi di inclusione sociale e lavorativa, attraverso i quali si può favorire una reale occasione di cambiamento della condizione dell’utente.

Come riferisce il Piano sanitario regionale del Lazio relativo al triennio 2010-2012<sup>48</sup>, ai 12 DSM esistenti sul territorio afferivano (anno 2009) 67 Centri di salute mentale (CSM), 34 ambulatori periferici; 60 centri diurni e 61 strutture residenziali (delle quali 21 terapeutico-riabilitative e 40 socio-assistenziali).

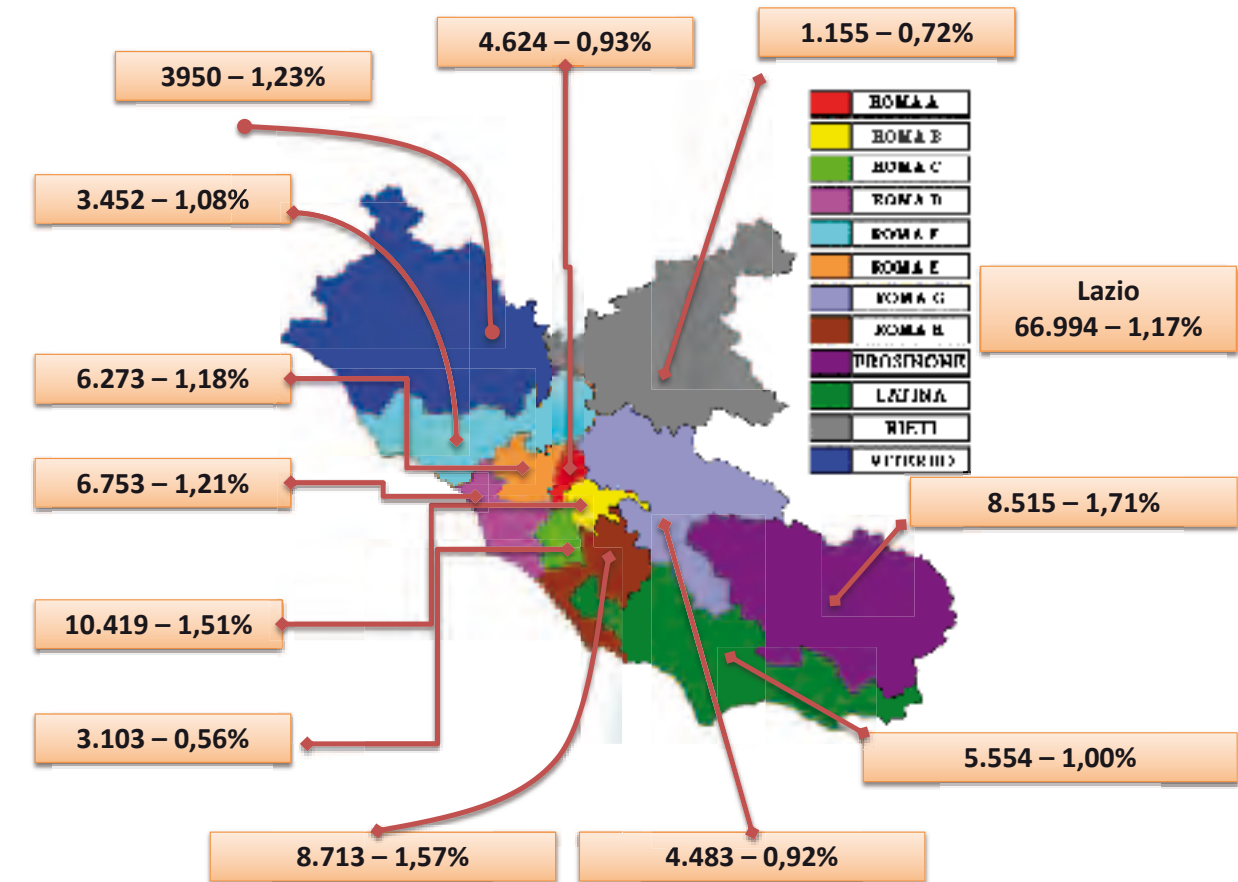
Il raffronto (ancora una volta) con i dati relativi al DSM di Trieste evidenzia che, a differenza di quanto avviene nella nostra regione, i 4 CSM in cui si articola il Dipartimento di salute mentale triestino sono dotati ciascuno di 6-8 posti letto per l’ospitalità diurna e notturna e sono attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Ciò suggerisce che una buona alternativa al ricovero in clinica può essere realizzata dotando i CSM di strutture in grado di far fronte alle situazioni di sub-acuzie.

Il breve viaggio all’interno delle strutture psichiatriche pubbliche ci porta a valutare le dimensioni del bacino d’utenza e la dotazione di personale. Nel Lazio (come in altre regioni) è difficile avere una quantificazione esatta delle persone che sono in cura presso uno dei suoi 67 CSM. Le statistiche fanno riferimento alle cartelle cliniche che vengono aperte e chiuse ma non alle persone che utilizzano i servizi e può accadere che alcune cartelle vengano aperte e chiuse più volte nello stesso anno.

Sulla base dei dati ASP, si può stimare<sup>49</sup>, che nel Lazio le persone in cura presso un CSM (2010) siano circa 67.000 ossia circa l’1,2% della popolazione: di molto inferiore a quell’8% di prevalenza stimato prima. Peraltro, in Toscana, ad esempio, i pazienti<sup>50</sup> (2009) erano di poco superiori ai 70.000. La differenza è molto significativa dato che la popolazione della Toscana è pari a circa i due terzi di quella del Lazio. Analogamente, le 4.734 persone in contatto con il DSM<sup>51</sup> della ASL Triestina (1,93% della popolazione nel 2010) ci dicono di un rapporto quasi doppio rispetto a quello del Lazio.

Non sappiamo se i CSM del Lazio sarebbero in grado di rispondere alle richieste di un’utenza più vasta offrendo anche i servizi minimi. La crisi economica attuale complica le cose (blocco del *turn over*, riduzioni dei sussidi, assistenza domiciliare limitata alle urgenze maggiori). Se consideriamo le diverse ASL del Lazio (figura 1) osserviamo che sono tre quelle che si distinguono per un numero di pazienti più elevato della media regionale: il DSM di Roma B (settore Est), il DSM di Roma H (Castelli romani e litorale laziale nella zona di Anzio e Nettuno) e il DSM di Frosinone. Un numero nettamente inferiore alla media regionale si registra nei DSM di Roma C (settore sud) e di Rieti.

Figura 1 – Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio e pazienti “prevalenti” – Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati ASP del Lazio (2011)

Completiamo ora il quadro considerando la dotazione di personale dei DSM. Nel 2001 (indagine del Ministero della Salute) il tasso nazionale di operatori DSM/popolazione era pari a 0,80 per ogni 1.500 abitanti, cioè inferiore a quello minimo previsto dalla legge (un addetto per 1.500 abitanti)<sup>53</sup>. Nello stesso anno il valore più elevato si riscontrava nella provincia di Trento (1,28) mentre verosimilmente il Lazio registrava un valore di circa 0,7<sup>54</sup> (inferiore non solo agli *standard* di legge ma anche alla media nazionale). Valori inferiori a quelli del Lazio si registrano in Molise (0,43), Valle d’Aosta (0,47), Abruzzo (0,52). Gli ultimi dati forniti dalla ASL Triestina (2009) ci dicono che in quel DSM il personale è percentualmente circa il doppio di quello del Lazio (1,4 addetti per 1.500 abitanti).

Analizzando più a fondo le statistiche<sup>55</sup> sul personale in dotazione ai DSM del Lazio si nota che le principali carenze riguardano il personale para-medico: infermieri psichiatrici e terapisti della riabilitazione. Queste figure professionali possono incidere sulla quantità e qualità del servizio attraverso la presenza sul territorio (assistenza domiciliare) e l'offerta di importantissime attività ausiliarie (ad esempio centri diurni e *Day-Hospital*). Una maggiore dotazione di personale para-medico favorirebbe, ad esempio, una diversificazione dei servizi dei CSM raggiungendo un'utenza più ampia, offrendo servizi alternativi al ricovero in clinica e sostenendo le famiglie che devono farsi carico di una parte consistente del peso dell'assistenza di un malato in condizione di sub-acuzie.

Secondo il nostro osservatorio sulla malattia psichica, nel Lazio spesso si va in un CSM quando non ci sono alternative: per facilitare un ricovero in una clinica privata convenzionata; dopo una degenza presso un SPDC; per la prescrizione di farmaci che richiedono il piano terapeutico<sup>56</sup>; per il certificato necessario a ottenere l'assegno di invalidità; per un sussidio... In generale, il servizio psichiatrico pubblico è un'opzione scelta solo in mancanza di alternative (ad es. per l'impossibilità economica di rivolgersi a specialisti privati), o per quelle prestazioni che il CSM offre "in esclusiva". Ma il ruolo dei CSM, nello spirito della "legge Basaglia" che li ha istituiti, dovrebbe essere diverso. Non mancano di certo medici, o componenti dello *staff* sociale e sanitario che operano con grande passione, ne abbiamo conosciuti alcuni, ma la situazione complessiva è difficile ed è evidente che spesso si tratta di iniziative isolate piuttosto che di un progetto condiviso.

### Le strutture residenziali e il "privato accreditato" nel Lazio

Come già accennato, nel Lazio esiste un'elevata disponibilità di posti letto in case di cura convenzionate, con oltre 1.100 posti letto (nel 2010). Al contrario, in alcune province italiane e in particolare al nord (ad esempio a Bolzano, Trento e Trieste) si cura la malattia psichica quasi sempre senza far ricorso ad un ricovero in casa di cura (non ci sono posti letto convenzionati).

Il Piano sanitario regionale<sup>57</sup> del Lazio per gli anni 2010-2012 riferisce che, nel settore privato, erano presenti 12 reparti di degenza provvisoriamente accreditati presso Case di Cura Neuro-Psichiatriche (CdC NP) con 1.114 posti letto<sup>58</sup> (Tabella 6). L'assistenza psichiatrica semiresidenziale e residenziale era erogata anche presso strutture psichiatriche private provvisoriamente accreditate, delle quali 70 residenziali (terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e 8 centri diurni. In tali strutture erano disponibili 827 posti letto in regime di residenzialità e 116 posti in regime di semi-residenzialità. Pertanto, il privato risultava fortemente presente nella Regione, con un totale di oltre 2.000 posti (di cui 1.941 posti letto tra ospedalieri e residenziali).

Successivamente è stato avviato un processo di modifica dell'offerta, con una riduzione dei posti letto presso le CdC NP e una rimodulazione dei posti letto in strutture residenziali, "una parte dei quali deriva dalla riconversione di una quota parte dei posti letto complessivi delle CdC NP in strutture alternative al ricovero ospedaliero, con particolare riferimento all'area socio-assistenziale con residenzialità protetta"<sup>59</sup>.

**Tabella 6 – Posti letto e giornate di degenza nel privato accreditato del Lazio – Anno 2010**

DSM	Case di cura neuropsichiatriche accreditate	Posti letto	di cui accreditati	Tariffa gg media (€)	Dimissioni N	Giornate di degenza*
	Mendicini (Roma)	50	30	140,3	209	10.001
Roma B	Castello della Quietè (Roma)	70	30	140,3	74	8.732
	Sant'Alessandro (Roma) **	26	-	n.d.	103	1.800
Roma D	Villa Giuseppina (Roma)	150	88	119,0	655	26.287
	Villa Armonia Nuova (Roma)	100	77	141,8	715	32.063
	Villa Maria Pia (Roma)	48	40	158,3	339	15.918
Roma E	Villa dei Fiori (Roma)	100	60	151,3	745	26.195
	Samadi (Roma)	72	68	146,2	661	23.470
	San Valentino (Roma)	56	48	149,9	375	15.311
Roma G	Colle Cesarano (Tivoli)	200	160	124,6	733	40.348
Roma H	N. Villa Von Siebenthal (Genzano)	70	49	149,0	542	23.953
Viterbo	Villa Rosa (Viterbo)	63	60	151,3	351	16.135
Latina	Sorriso sul mare (Formia)	135	90	130,0	588	34.591
<b>Totale</b>		<b>1.140</b>	<b>800</b>		<b>6.090</b>	<b>274.804</b>

\* Contribuiscono alle giornate di degenza 2010 quelle relative a ricoveri con dimissione avvenuta entro il 28/2/11

\*\* Struttura autorizzata ma non accreditata

Fonte: Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (2011)

Nello specifico, la sanità regionale rimborsa, oggi, la degenza a non più di 800 pazienti ricoverati presso le CdC NP, secondo la seguente articolazione:

- 240 posti letto per ricoveri in Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)<sup>60</sup>;
- 280 posti per l'ospitalità in Strutture residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative, di cui 150 intensive (SRTR i) e 130 estensive (SRTR e);
- 280 posti per l'ospitalità in Strutture residenziali psichiatriche socio-riabilitative, di cui 260 con assistenza sulle 24h (SRSR 24h) e 20 con assistenza sulle 12h (SRSR 12h).

Da ultimo, il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre 2010<sup>61</sup> – oltre ad individuare per ciascuna CdC NP il totale dei posti letto assegnati e la sua articolazione nelle diverse tipologie citate – ha anche definito le tariffe giornaliere per il ricovero in tali strutture (valide a decorrere dalla data dell'accredimento definitivo). In particolare:

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT): la tariffa/giorno per il ricovero "viene articolata in scaglioni temporali decrescenti per favorire negli utenti percorsi terapeutici at-

traverso l'intera filiera assistenziale evitando condizioni di lunga degenza impropri". La tariffa viene stabilita in 201,42 euro per i primi 30 giorni; a partire dal 31° giorno viene abbattuta del 25% (151,1 euro); a partire dal 61° giorno tale abbattimento raggiunge il valore del 40% (120,9 euro). Pertanto, il primo mese di ricovero costa alla ASL 6.042,6 euro a persona; il secondo di 4.533 euro; dal terzo mese in poi, di 3.627 euro;

- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (SRTR i): la tariffa/giorno è stabilita in 146 euro, per un costo mensile di 4.380 euro;
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (SRTR e): la tariffa/giorno è stabilita in 129 euro, per un costo mensile di 3.870 euro;
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (SRSR 24h): la tariffa/giorno è stabilita in 108 euro, per un costo mensile di 3.240 euro;
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale socio-sanitaria (SRSR 12h): la tariffa/giorno è stabilita in 81 euro, per un costo mensile di 2.430 euro.

Pertanto, nell'ipotesi che gli 800 posti delle strutture private accreditate siano tutti utilizzati tutti i giorni dell'anno, si raggiungerebbe un costo annuo complessivo di oltre 35 milioni di euro. Questo teorico giro d'affari è rilevante se consideriamo il numero annuo di pazienti ricoverati (6.090 dimissioni nel 2010) e se lo paragoniamo con il bilancio di alcuni DSM italiani. Bisogna tenere presente, inoltre, che ci sono spesso lunghe liste d'attesa per accedere ai posti letto convenzionati e spesso, chi ha bisogno urgente di essere ricoverato, deve sostenere una spesa personale aggiuntiva (ad esempio si paga un supplemento per la camera singola).

### L'impatto della crisi

La crisi economica sta avendo un impatto articolato anche sulla salute mentale in Europa, come si legge, tra l'altro, in una recente pubblicazione dell'OMS<sup>62</sup> e, chiaramente, colpisce in modo diverso le regioni e le diverse fasce sociali ed economiche del nostro paese. Le persone che soffrono di disturbi psichici stanno fronteggiando una serie di disagi che sono legati in maniera diretta o indiretta alla situazione economica generale. Per leggere la realtà, ci siamo affidati a quattro storie, quattro vicende che abbiamo conosciuto direttamente e che ci mostrano come la crisi stia peggiorando la qualità della vita di alcuni malati psichici o come, comunque, essa richieda uno sforzo straordinario da parte delle persone "vicine" ai malati per limitarne i danni. Le storie ci parlano della spesa per i farmaci, dell'erogazione di pensioni e sussidi, della crisi della casa.

### *Storia di S. è sempre conveniente ridurre la spesa per farmaci?*

S. ha una storia personale di malattia complicata, frammentata, e in questa condizione le difficoltà di *budget* della sanità laziale hanno finito per creare una situazione grave. S. ha 57 anni, con una disabilità fisica e psichica piuttosto grave che lo ha colpito per la prima volta moltissimi anni fa (la disabilità è legata a un

tentato suicidio). Vive a Roma, nella zona sud, in una casa di sua proprietà, insieme al suo badante, W. originario dell'Etiopia. Questa convivenza è iniziata da circa due anni quando S. è diventato parzialmente non autosufficiente per l'esito imprevisto di un piccolo intervento chirurgico (combinato ai preesistenti sintomi del morbo di Parkinson).

La disponibilità finanziaria di S. con l'aumentata disabilità, diminuisce. Infatti, la pensione e l'assegno di accompagnamento servono a pagare il mensile del badante e, nonostante un sussidio che riceve dalla ASL (a rischio di sospensione), il bilancio di S. è faticosamente "in pareggio".

All'inizio di gennaio (2012) è arrivato improvviso e inspiegabile un sensibile peggioramento delle condizioni di salute di S. Ci dovevamo incontrare un pomeriggio per uscire, un'attività che S. considerava irrinunciabile, ma quel giorno sembrava assente, intorbidito, incapace di compiere piccoli gesti che fino a quindici giorni prima erano normali. La voce e i pensieri sembravano scomparsi. ma non era così.

La volontà di S. era sepolta sotto il peso dell'improvviso aggravarsi della malattia psichica come una slavina che lo aveva imprigionato. Non è stato facile venire a capo della vicenda; un medico che aveva visitato S. aveva pensato ad un attacco ischemico e al ricovero ma poi S. lo aveva fermato con voce improvvisamente chiara: "Nooooo, in ospedale no! Non voglio andare in ospedale!" L'ultimo male che aveva colpito S. non era un'ischemia ma uno stato di sedazione totale da farmaci e, in definitiva, un effetto perverso e inatteso delle politiche di contenimento della spesa sanitaria.

S. seguiva da mesi una terapia a base di farmaci antipsicotici atipici (di seconda generazione) secondo il piano terapeutico approvato dagli psichiatri del DSM. In questo caso la spesa annua pro-capite a carico della sanità pubblica può superare i 2.000 euro. Il medico di base non può autorizzare la prescrizione di questi psicofarmaci mentre, invece, la può sospendere. La sospensione degli antipsicotici dovrebbe essere valutata da uno specialista. Nel nostro caso questa valutazione non c'è stata e il medico di base, per ubbidire a chi gli ricordava le esigenze di bilancio, aveva sospeso alcuni psicofarmaci. D'altra parte i medici di base sono sottoposti a controlli sempre più frequenti e stringenti (per tenere sotto controllo il valore dei farmaci prescritti). Il mancato utilizzo del farmaco antipsicotico, tuttavia, da parte di S. avrebbe fatto risparmiare la sanità pubblica, riducendo la spesa farmaceutica a carico del SSN. È giusto risparmiare ma bisogna usare molte cautele per non trasferire il peso della crisi sulle spalle delle categorie più fragili. Nel caso di S. inoltre, alla sofferenza iniziale si sarebbe aggiunto anche un ricovero ospedaliero. Il risparmio per il SSN sarebbe evaporato in pochi giorni.

In questa prima storia non c'è un unico responsabile, perché la situazione è complessa anche per le condizioni medico-sanitarie e sociali della persona; lentamente, però la situazione economica, anche personale e il bilancio regionale hanno pesato in modo grave sulla salute del paziente. Fortunatamente, dopo che è stata ripristinata la terapia farmacologica precedente ai "tagli terapeutici" la situazione è nuovamente migliorata, ed S. ha ripreso ad uscire di casa. Un altro fronte della guerra per la riduzione della spesa pubblica è quello della previdenza. Negli ultimi anni sono in corso dei controlli sistematici per verificare la correttezza della certificazione di invalidità. Purtroppo, però, è una guerra che non colpisce solo gli abusi ma anche persone che, anche grazie all'assegno di invalidità, riescono a trovare un equilibrio dopo aver superato prove e difficoltà di vario tipo. La storia di C. fa riflettere.

### *Storia di C. è sempre conveniente ridurre la spesa previdenziale?*

C. è una donna di 55 anni, sposata con due figli. Da oltre vent'anni soffre di disturbi psichiatrici gravi, che le causano forti crisi depressive, allucinazioni visive e uditive, manie di persecuzione. Cinque anni fa ha tentato il suicidio gettandosi dal balcone di casa (II piano), riportando fortunatamente solo un problema al ginocchio. È salva per miracolo.

Da anni C. è stata riconosciuta invalida al 100% con il sussidio di accompagnamento. Nella primavera del 2011 le viene recapitata una lettera dell'INPS in cui si segnala che il suo nominativo è stato scelto per una verifica del suo stato di invalidità. C. si reca al controllo portando con sé la folta documentazione che attesta il suo stato di salute e i suoi numerosi ricoveri in strutture di cura psichiatriche pubbliche (SPDC) e private (case di cura convenzionate).

La visita avviene a maggio 2011. Ai primi di settembre dello stesso anno, recandosi allo sportello delle poste, apprende che le è stata sospesa la pensione di invalidità. Il marito è un lavoratore precario nell'edilizia, il figlio che vive con lei è disoccupato. La modesta pensione di C. le garantisce una vita dignitosa. C. non sa cosa sia successo, né è in grado di capirlo. Chiede aiuto ad amici che, dopo svariati contatti con l'INPS, giungono a sapere che la pensione le è stata sospesa di prassi poiché il suo caso è sottoposto a verifica. Anzi, deve essere contenta, dicono gli impiegati al telefono, perché c'è stato un ritardo e la pensione le è stata sospesa a settembre, anziché a maggio, al momento della visita. Evidentemente il principio della presunzione di innocenza che vige nell'ordinamento giuridico italiano non si applica agli invalidi civili INPS sottoposti a verifica. Ancora all'inizio di settembre 2011, le condizioni di salute di C. erano soddisfacenti. Era appena uscita da un lungo periodo di depressione che l'aveva costretta a vari ricoveri. Aveva passato un'estate tra alti e bassi, ma tutto sommato serena. La notizia della sospensione della pensione la coglie totalmente impreparata: nessuno all'atto della visita l'aveva avvertita, lei che è una persona a forte rischio di ricadute, con un fallito tentativo di suicidio alle spalle.

C. sul momento si arrabbia, non capisce, ma in sette giorni, la sua reazione cambia. Le sue ossessioni e manie di persecuzione si riappropriano dei suoi pensieri: "ce l'hanno con me, l'ho sentito, verranno a prendermi. Ho fatto una cosa terribile! Aiuto, mi ammazzano, ci ammazzano tutti!"...

Proviamo a rassicurarla, dicendo che la pratica è quasi in dirittura di arrivo (naturalmente il referto della visita conferma lo stato di invalidità di C.) e che le sarà presto riattivata la pensione (in realtà, dovremo aspettare fino a gennaio 2012, ma non per gli arretrati che ancora devono essere accreditati). Non serve a niente: ormai i "pensieri brutti" hanno preso il sopravvento. C. non riesce più a stare a casa da sola. Subisce un ricovero dapprima in SPDC, poi in una clinica psichiatrica. Nel momento in cui scriviamo C. è ancora in casa di cura.

Quanto è costata questa vicenda alla sanità pubblica in termini economici per il ricovero ospedaliero e in casa di cura? Ma soprattutto: quanto è costato a C. ai suoi familiari e amici in termini di qualità della vita e di salute? Il suo caso non è isolato, altre storie simili meritano un posto in questo approfondimento sull'impatto della crisi. Anche la vicenda di P. è significativa.

### *Storia di P. è sempre necessaria una nuova certificazione di invalidità?*

P. ha 37 anni e vive a Roma da solo. La madre è morta qualche anno fa. P. è affetto da disabilità di natura fisica e psichica e si muove con la carrozzina. Gli è stata riconosciuta la pensione d'invalidità civile e l'indennità di accompagnamento. L'INPS ha disposto una revisione dell'invalidità e, a causa di disguidi burocratici per la trasmissione degli atti fra la ASL e l'INPS, la pensione e l'indennità di accompagnamento sono state sospese per dieci mesi prima di essere di nuovo corrisposte.

L'unica altra fonte di sostentamento in questo periodo è stata la reversibilità della pensione sociale della madre (poco più di 300 euro al mese). Per far fronte alle spese per la casa, le utenze e il cibo è stato necessario ricorrere ai sussidi del municipio e soprattutto a offerte di privati (benefattori, amici, parrocchie) che hanno sostenuto alcune spese o anticipato i soldi delle utenze. Dal novembre 2011 la pensione è stata nuovamente erogata e la prossima revisione è prevista nel 2014. Che succederà la prossima volta?

La storia che segue, la quarta, è diversa perché la crisi economica non è la causa diretta del problema ma ne fa da sfondo. In questi mesi la spesa per i servizi domiciliari di assistenza (come di tutte le altre voci) è sottoposta a molti controlli. Difficilmente possono essere approvati dei progetti personalizzati da cui potrebbero trarre giovamento persone come M. che hanno una casa ma non la possono utilizzare. È forse più conveniente che una persona che ha una casa sia invece ricoverata in condizioni di lungodegenza in una clinica privata? È una soluzione che non solo nuoce alla salute psicofisica di M. ma che è anche poco conveniente per le finanze regionali.

### *Storia di M. casa di cura o casa propria?*

M. ha 48 anni, è nato a Roma in un quartiere della zona nord. Dall'età di circa 24 anni ha accusato i primi sintomi di disagio psichico; ha avuto, negli anni, due incidenti stradali (uno con la macchina ed uno con la moto) nei quali ha riportato varie fratture (ginocchio, femore). Non ha mai lavorato in maniera stabile, ma ha dato una mano per diversi anni alla pompa di benzina di proprietà della famiglia. Spesso trascorrevano le giornate girando per Roma a piedi o in autobus.

M. è stato per alcuni anni in una comunità terapeutica della zona e ha subito numerosi ricoveri in ospedale. Dopo l'ultimo ricovero, ed un periodo trascorso in clinica psichiatrica, ora vive in una grande struttura per persone con problemi psichiatrici. Pur essendo molto paziente, ed attribuendo il suo permanere in questa struttura alla volontà di Dio, che comunque prima o poi gli permetterà di uscire, ogni volta che lo incontriamo esprime il suo desiderio di tornare a vivere in una casa, anche se non da solo, perché si rende conto che non ce la farebbe.

M. ha un fratello che è anche il suo tutore, che va a trovarlo ogni tanto. Gode di una pensione di invalidità con indennità di accompagnamento. È proprietario per metà della pompa di benzina di famiglia e possiede un appartamento di 70 mq nel quale ha vissuto per molti anni.

M. avrebbe, quindi, la possibilità di abitare in una casa (la propria), grazie anche a una discreta disponibilità economica, ma chi ne avrebbe la possibilità non sembra prendere in considerazione la sua volontà ed il suo desiderio di vivere a casa. Insomma, non solo è spogliato dei suoi beni, ma finisce per pesare sul bilancio della sanità pubblica.

Questa storia si ricollega anche con quanto detto nel paragrafo precedente: nel Lazio esiste un'attività economica piuttosto ampia, legata al business delle case di cura accreditate. Siamo proprio certi che il ricovero presso queste strutture risponda a necessità terapeutiche o riabilitative? Chiediamoci, per ora, se sia questa una soluzione economicamente conveniente. Per motivare la nostra una risposta negativa vogliamo proporre ancora un dato sul quale riflettere (Tabella 7).

**Tabella 7 – Costi pro capite per paziente del DSM di Trieste e per paziente ricoverato nelle case di cura accreditate nel Lazio – Anno 2010**

	Spesa totale	Pazienti	Pro capite	Differenza
DSM ASL Triestina	18.758.691	4.737	3.960,0	
Lazio - Case di cura accreditate*	28.231.553	6.090	4.635,7	17,1%

\* La spesa è stimata sulla base della convenzione, dei posti letto e delle giornate di degenza

Fonte: Elaborazioni su dati ASP del Lazio (2011) e DSM Trieste (2011)

La tabella mostra chiaramente che se si potessero assistere diversamente i 6.090 pazienti psichiatrici dimessi nel 2010 dalle cliniche private del Lazio, ovvero con le modalità (e gli *standard*) della sanità triestina si spenderebbe meno. Se usassimo come parametro di riferimento il bilancio del DSM di Trieste (tra i più elevati d'Italia secondo l'ammissione degli stessi responsabili) si realizzerebbe un risparmio del 17,1%. Naturalmente si tratta di un dato puramente indicativo ma costruito secondo una logica che possiamo spiegare. Il costo pro capite sostenuto dalla sanità triestina per ogni paziente assistito (4.737 persone) presso il DSM (in Friuli il fenomeno delle case di cura private accreditate è praticamente assente) è pari a 3.960 euro. L'importo è ottenuto considerando il bilancio annuale di competenza del DSM, diviso per il numero dei pazienti in contatto con la struttura. Nel Lazio, il costo annuale pro capite di degenza presso le case di cura accreditate (a carico della Regione Lazio) è stimabile in 4.635,7 euro<sup>63</sup> (nel 2010 sono stati dimessi 6.090 pazienti). La differenza, come detto, è del 17,1%. Una diversa organizzazione dei servizi di psichiatria pubblica nel Lazio (e in altre regioni), quindi, farebbe certamente risparmiare e, probabilmente, farebbe migliorare la salute mentale.

## Alcune proposte in conclusione

Le informazioni e i dati che abbiamo presentato nella sezione precedente e, in generale, nel corso di questo rapporto introducono alcune proposte con le quali vorremmo concludere questo lavoro sulla malattia psichica. Sono proposte pensate per migliorare l'assistenza offerta a tante persone che potrebbero trarre grande giovamento da soluzioni mirate, e che non avrebbero, in alcun modo, un peso economico aggiuntivo sulla sanità del Lazio. Le proposte riguardano la gestione degli SPDC, la restituzione ai DSM del ruolo attribuito loro dalla legge, il coordinamento tra medicina di base e psichiatria, le politiche abitative.

**Pazienti acuti: SPDC – Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.** Il reparto psichiatrico ospedaliero è il principale punto di riferimento per rispondere a situazioni particolarmente gravi e/o acute. I reparti soffrono una situazione di sovraffollamento; in nessuna ASL viene raggiunto lo *standard* di un posto letto per 10.000 abitanti. Alcuni reparti, pur cercando di offrire dei servizi adeguati, fanno registrare dei tassi di occupazione dei posti letto superiori al 100%; abbiamo evidenziato i casi del “Giovanni Battista Grassi” di Ostia e del “Sant’Andrea” nella zona nord di Roma, anche se la situazione è difficile in tutta la regione.

L'assistenza fornita dal personale dei reparti (medico, paramedico e ausiliare) è il primo elemento che caratterizza la qualità di un SPDC, anche se non ci si deve fermare agli aspetti terapeutici: esistono altri elementi che favoriscono un esito positivo dell'intervento medico-sanitario. In particolare, è necessario che gli ospedali curino in modo attento le caratteristiche “alberghiere” della struttura. Igiene dei locali, manutenzione e cura delle suppellettili, presenza continua al fianco dei pazienti, terapie individuali e attività comuni devono caratterizzare la vita nel reparto che, altrimenti, è solo un luogo nel quale assumere i farmaci ed essere controllati e contenuti in attesa della dimissione.

**Pazienti in cura: ruolo dei DSM e delle cliniche accreditate.** Nel Lazio le cliniche private accreditate accolgono ogni anno un numero rilevante di pazienti (800 in convenzione) ma, in molti casi, svolgono un ruolo che potrebbe essere attribuito ai Dipartimenti di Salute Mentale. L'indagine sui servizi psichiatrici condotta dal Ministero della Salute (2001) evidenziava, oltre a quanto già evidenziato, come nel Lazio non fossero presenti *Day-Hospital* (DH) territoriali, molto diffusi invece in alcune regioni del nord, ma anche al sud.

La riduzione della spesa regionale destinata a finanziare i ricoveri nelle cliniche accreditate è un fatto positivo, ma si potrebbe perseguire un obiettivo economicamente più ambizioso e terapeuticamente più efficace restituendo ai DSM il ruolo che la legge ha assegnato loro ovvero di una presenza efficace al fianco delle persone malate. Siamo convinti che investendo risorse, ad esempio, nell'assistenza domiciliare assai limitata presso i DSM del Lazio, non solo diminuirebbe la domanda di ricovero nelle cliniche, ma si otterrebbe un'efficacia terapeutica maggiore e si offrirebbe un sostegno anche alle famiglie. Insieme all'assistenza domiciliare, bisognerebbe considerare l'istituzione di nuovi DH, il cui numero è decisamente inadeguato, ma anche il potenziamento di altri servizi semiresidenziali come, ad esempio, i centri diurni.

Per iniziare, si potrebbe cominciare riducendo i posti in convenzione presso le cliniche più grandi, trovando soluzioni diverse, personalizzate, per degenti che non devono necessariamente restare in un reparto di psichiatria.

**Le politiche abitative per i malati psichici.** Pur in una situazione di evidente sofferenza generalizzata (26.000 persone sono in lista di attesa per un alloggio popolare), il DSM può lavorare per trovare delle soluzioni

abitative idonee utilizzando, innanzitutto, quegli alloggi popolari ad esso riservati. In generale, si dovrebbe valutare in maniera adeguata il rapporto costi-benefici derivante da una riduzione dei posti nelle cliniche convenzionate a favore della creazione di case-famiglia o di altre forme di convivenza “deistituzionalizzata”. **Il primo contatto con la sofferenza psichica: medicina di base e psichiatria.** Il contatto diretto con i malati, confermato dalle statistiche esaminate, ci dice che nella maggior parte dei casi il primo contatto con la sofferenza psichica è attraverso la medicina di base. La citata indagine europea (Eurobarometro “Mental Health”) ci dice che gran parte delle persone che avvertono una forma di disagio psichico si rivolgono al medico generico (10% della popolazione) mentre altre volte (5%) ci si rivolge al farmacista. D’altra parte se nel Lazio il consumo di antidepressivi si è incrementato per circa un decennio (+72,3% le dosi tra il 2002 e il 2010), per poi bloccarsi nel corso del 2011, ciò vuol dire che la gestione delle prescrizioni di questo tipo di farmaci non dovrebbe essere condizionata nè da fattori meramente economici nè da una medicalizzazione di situazioni non patologiche. Queste circostanze richiedono un rapporto sempre più intenso tra medico di base, specialista e struttura territoriale (DSM) che preveda, innanzitutto, uno scambio di informazioni tra le parti. Questo determina per i DSM una maggiore conoscenza della situazione sul territorio e per i medici una maggiore preparazione in campo psichiatrico, specie quando le terapie farmacologiche sono complesse o si è in presenza di co-morbilità. Le esperienze fatte da alcuni DSM sono positive, ma bisogna realizzare una rete di collaborazione più ampia e stabile.

<sup>1</sup> Il nome è di fantasia.

<sup>2</sup> La Città Eco-solidale è uno spazio di solidarietà della Comunità di Sant’Egidio. In questo grande centro, situato a Roma, nelle vicinanze della Stazione Ostiense, l’attenzione ai poveri e all’ambiente si coniugano felicemente. Presso i locali del centro vengono raccolti e selezionati indumenti e altri oggetti utili per le persone in difficoltà.

<sup>3</sup> Cfr. Wittchen H. U. et al., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, in “European Neuropsychopharmacology”, 21, pp. 655–67, 2011.

<sup>4</sup> Si parla di prevalenza quando una malattia psichiatrica è presente, in qualsiasi grado del suo sviluppo. In genere, si fa riferimento alla prevalenza a un anno o all’intera vita dell’individuo (*lifetime*). Bisogna aver ben chiaro il significato statistico del termine prevalenza perché può portare a letture deformate della realtà. Nel caso di patologie molto diffuse come l’emicrania e il mal di testa, si calcola che la prevalenza *lifetime* possa raggiungere valori elevatissimi.

<sup>5</sup> DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), ICD10 (Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati).

<sup>6</sup> Cfr. de Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al., *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH*, in “Epidemiologia e Psichiatria Sociale” n. 4, <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>, 2005.

<sup>7</sup> La prima e prototipica forma di psicosi riconosciuta in ambito psichiatrico prende il nome di schizofrenia si veda al riguardo Dell’Acqua P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico dei servizi*, Feltrinelli, Milano 2010. In maniera puntuale il Manuale DSM IV (vedi appendice) individua i sintomi delle psicosi.

<sup>8</sup> Cfr. de Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al (2005), cit. p. 8.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 12.

<sup>10</sup> Per consultare gli strumenti di lavoro e il questionario CIDI dell’indagine si può consultare il sito web dedicato, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/index.php>.

<sup>11</sup> Dati contenuti in uno studio condotto esaminando tutte le cartelle cliniche di pazienti ricoverati dal 01/01/1985 al 31/12/1995 presso il Reparto di Psichiatria del Policlinico Umberto I dell’Università di Roma “La Sapienza”. Cfr. De Marco S.M., Nazzaro F., Incani E., Di Caprio V, Costa E., *Analisi dei ricoveri in clinica psichiatrica nel decennio 1985-1995*, in “Psichedonna”, N°1 – 2008.

<sup>12</sup> Cfr. Jervis G., *La depressione*, Il Mulino, Bologna 2002.

<sup>13</sup> La stima proposta si basa sui dati desumibili dallo studio ESEMeD per la prevalenza a 12 mesi dei disturbi non-psicotici (7,2%). A questo dato si deve aggiungere quello relativo ai disturbi psicotici (circa 0,8% secondo Dell’Acqua, 2010) e i disturbi alimentari la cui diagnosi è difficile da fare in modo inequivocabile e di cui non è facile fornire indicazioni sulla prevalenza (Cuzzolaro, 2004). Una stima prudenziale dei disturbi psichici è dell’8% con riferimento ai dodici mesi. Naturalmente non esistono stime regionali e, molte statistiche fanno riferimento, addirittura, a macro aree (Europa, EU12, ecc.).

<sup>14</sup> Il riferimento scelto per la popolazione maggiorenne del Lazio (4.770.383) è quello fornito dall’ISTAT con riferimento al 1° gennaio 2011. <http://demo.istat.it>.

<sup>15</sup> Cfr. Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto nazionale PASSI.– Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia 2010: depressione*, Roma 2011, <http://www.epicentro.iss.it/passi/R2010Depressione.asp>

<sup>16</sup> Misurata considerando i sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l’intervista.

<sup>17</sup> Cfr. Mathers C. D. e Loncar D., *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, in “Plos Medicine”, Volume 3, N. 11, [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org), novembre 2006.

<sup>18</sup> Cfr. Murray C. J. L. (a cura di), *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1992.

<sup>19</sup> Cfr. Commissione Europea, *Mental Health, Rapporto speciale “Eurobarometro” 345*, Wave 73.2 – TNS Opinion & Social, Brussels ottobre 2010.

<sup>20</sup> Nel 1949 si scoprono gli effetti dei sali di litio, mentre è del 1952 la prima pubblicazione sull’efficacia della clorpromazina, il primo farmaco neurolettico usato per il trattamento della schizofrenia. L’introduzione dei farmaci antipsicotici atipici è molto più recente, in alcuni casi risale alla prima metà degli anni ’90 e la ricerca non si è fermata.

<sup>21</sup> Nel caso dei farmaci antidepressivi, ad esempio, il rapporto del Gruppo di lavoro OsMed (L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010) ha evidenziato una crescita complessiva del consumo dei farmaci antidepressivi tra il 2002 e il 2010 del 75,8%, ovvero del 7,6% all’anno.

<sup>22</sup> Cfr. Basaglia F. (a cura di), *L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2010 (1ª edizione 1968).

<sup>23</sup> Si veda quanto riportato nel sito del DSM di Trieste. <http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>.

<sup>24</sup> Per la legge 180, infatti, era prevista una vigenza a termine: l’art. 11, comma 2, disponeva che gli artt. 1-9 del medesimo provvedimento restassero vigenti fino all’entrata in vigore della legge istitutiva del S.S.N. Con la legge n. 833/1978, dunque, restano vigenti della legge n. 180/1978 gli artt. 10 (Modifiche al codice penale, con la soppressione delle sanzioni ascrivibili ai custodi di malati di mente) e 11 (Norme finali). In particolare, in linea con la chiusura dei manicomi, nel codice penale è abrogato l’insieme di norme che individua i comportamenti sanzionabili dei soggetti preposti alla custodia degli alienati di mente.

<sup>25</sup> In particolare, la legge n. 724 del 1994 aveva fissato al 31 dicembre 1996 la data di chiusura dei residui manicomiali. Successivamente, prima la legge n. 662 del 1996, poi la L. n. 449 del 1997 hanno dettato disposizioni volte a rendere operativo il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici.

<sup>26</sup> Ai sensi della legge 23 ottobre 1995, n. 595, il progetto-obiettivo si definisce come “impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto”.

<sup>27</sup> DPR 1 novembre 1999, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf).

<sup>28</sup> Cfr. World Health Organization – Regional Office for Europe, *Mental health: facing the challenges, building solutions, Report from the WHO European Ministerial Conference, Helsinki*, 2005, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_561\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf).

<sup>29</sup> Tra queste si ricordano, in particolare: la lotta contro lo stigma, la discriminazione e l’ineguaglianza; la responsabilizzazione e il sostegno alle persone affette da problemi di salute mentale e alle loro famiglie; la progettazione e realizzazione di sistemi di salute mentale completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, le cure ed il reinserimento sociale.



<sup>30</sup> *Libro verde: Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2005/com2005\\_0484it01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2005/com2005_0484it01.pdf).

<sup>31</sup> Un esempio è dato dal tasso dei suicidi, pari a 3,6 per 100 mila abitanti in Grecia, a 6 per 100 mila in Italia, e a 44 per 100 mila in Lituania: il più alto del mondo (anno 2002).

<sup>32</sup> Cfr. Ministero della Salute, *Schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013*, Roma 2011, paragrafo B.6, “Salute mentale” [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf).

<sup>33</sup> Cfr. Ministero della Salute, *Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale*, Roma 2002, <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=0&cid=115&area=ministero>.

<sup>34</sup> Il riferimento è alla popolazione complessiva e non a quella maggiorenne.

<sup>35</sup> Cfr. Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio, *L'attività di ricovero ordinario e di Day-Hospital per i pazienti psichiatrici nel Lazio – Anno 2010*, Roma giugno 2011.

<sup>36</sup> Secondo il Progetto-obiettivo nazionale 1998-2000, i posti letto in SPDC e in *Day-Hospital* dovrebbero corrispondere allo standard tendenziale di uno per 10.000 abitanti. I posti letto effettivamente disponibili, pertanto, nel Lazio sarebbero conformi ad un territorio con una popolazione di 3.430.000 abitanti (a fronte di circa 5,5 milioni realmente residenti).

<sup>37</sup> La struttura all'interno dell'Università di Tor Vergata è attualmente (2012) non operativa per mancanza di personale.

<sup>38</sup> Elaborazione: Comunità di Sant'Egidio su dati Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio, *L'attività di ricovero ordinario e di Day-Hospital per i pazienti psichiatrici nel Lazio*, cit., e Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *Guida ai servizi 2010*, opuscolo informativo, Trieste 2010.

<sup>39</sup> Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *Guida ai servizi 2010*, cit.

<sup>40</sup> Estratto da “Il Sole24 Ore” del 21 febbraio 2008 e consultabile online sul sito di “Vita Magazine” <http://www.vita.it/news/view/75697>

<sup>41</sup> Il termine terapia elettroconvulsivante (TEC) è utilizzato per proporre l'approccio moderno all'*elettroshock*.

<sup>42</sup> A Roma una settantina di persone ogni anno vengono sottoposte ad elettroshock, secondo quanto si legge in un articolo di Abbiati V. e altri, *La terapia elettroconvulsiva: revisione critica del suo utilizzo in Italia*, in “Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia”, 2010.

<sup>43</sup> Cfr. “Il Venerdì di Repubblica” del 21/03/2008 p. 76.

<sup>44</sup> Documento emanato dal Ministero della Salute il 18 marzo 2008, al fine di fornire indicazioni operative per il conseguimento degli obiettivi prioritari individuati in materia dal Piano sanitario nazionale 2006. Cfr. Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale*, Roma 2008.

<sup>45</sup> I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). L'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplate nei LEA deve avvenire in condizione di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza. Con DM 12 dicembre 2001 è stato fissato un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento rilevanti ai fini del monitoraggio dei livelli di assistenza. Con il DPCM 29 novembre 2001 i LEA sono stati organizzati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale (che comprende attività e servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, ivi inclusi i servizi per la salute mentale e le strutture semiresidenziali e residenziali); assistenza ospedaliera.

<sup>46</sup> Ministero della Salute, *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli di assistenza, Anno 2007-2009*, Roma 2011, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1674\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1674_allegato.pdf).

<sup>47</sup> Cfr. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *L'attività di ricovero ordinario e di Day-Hospital per i pazienti psichiatrici nel Lazio*, Anno 2010, cit.

<sup>48</sup> Regione Lazio, *Piano Sanitario regionale 2010-2012*, Roma 2009, [http://www.regione.lazio.it/binary/web/home\\_news/PSR.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/web/home_news/PSR.pdf).

<sup>49</sup> Cfr. Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, *Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale del Lazio*, Roma, 2010.

<sup>50</sup> Cfr. Regione Toscana, *I servizi di salute mentale in Toscana*, Firenze novembre 2010.

<sup>51</sup> [http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/formazione/Formazione/GRUPPOFA/FARM\\_ECO/Spesa\\_farmaceutica\\_DSM.pdf](http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/formazione/Formazione/GRUPPOFA/FARM_ECO/Spesa_farmaceutica_DSM.pdf).

<sup>52</sup> Cfr. Regione Lombardia, *Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia*, Milano 2007.

<sup>53</sup> Cfr. Ministero della Salute, *Rilevazione 2001...*, cit.

<sup>54</sup> Nostra stima sulla base di informazioni dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (ASP) [http://www.asplazio.it/asp\\_online/tut\\_soggetti\\_deb/salute\\_mentale\\_new/s\\_mentale\\_pubblicazioni.php](http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/salute_mentale_new/s_mentale_pubblicazioni.php).

<sup>55</sup> I dati consultati si riferiscono alla situazione 2004-2005 ma non crediamo che la situazione sia cambiata (migliorata) di molto. In particolare è stato esaminato un lavoro della ASP Lazio (Presentazione della rete dei servizi di salute mentale del Lazio: dimensione dell'offerta e dotazione di personale) e della ASL RM H (Report attività del DSM).

<sup>56</sup> È una particolare prescrizione farmaceutica individuale, necessaria per alcuni farmaci che possono essere prescritti solo da Centri Specialistici autorizzati dalla Regione.

<sup>57</sup> Cfr. Regione Lazio, *Piano Sanitario regionale 2010-2012*, cit.

<sup>58</sup> Il dato è al netto dei 26 posti letto della clinica Sant'Alessandro che è una struttura autorizzata ma non accreditata.

<sup>59</sup> Cfr. *Piano sanitario regionale 2010-2012*. Ciò a seguito del Piano di rientro, della definizione del fabbisogno regionale e dei successivi Decreti del Presidente in qualità di Commissario ad Acta per la Regione Lazio. [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_bilancio/tbl\\_contenuti/Piano\\_di\\_Rientro.1218033040.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_bilancio/tbl_contenuti/Piano_di_Rientro.1218033040.pdf).

<sup>60</sup> Cfr. [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_sanita/tbl\\_contenuti/U0008\\_AllegatoC.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/U0008_AllegatoC.pdf). Regione Lazio, Supplemento ordinario n. 67 al “Bollettino Ufficiale” n. 13 del 7 aprile 2011.

<sup>61</sup> “*Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 'Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006'; 'Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle case di cura neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe'*” (<http://www.aslromah.it/operatori/decreti/doc/DCA%20101%20-%2009%20Dic%202010.pdf>).

<sup>62</sup> Cfr. World Health Organization – Regional Office for Europe, *Impact of Economic Crises on Mental Health*, Copenhagen 2011.

<sup>63</sup> Importo calcolato stimando il valore presunto dei rimborsi regionali a favore delle cliniche accreditate.

## CARCERE: NO ALLA DOPPIA PENA

*Come ha detto Papa Benedetto XVI in visita a Rebibbia, in carcere non si può scontare “una doppia pena” ed anzi occorre fare maggiore ricorso a forme diverse di detenzione o a pene alternative.*

*Le prime misure adottate dal Governo hanno determinato, per la prima volta dopo molti anni, un calo delle presenze dei detenuti in carcere, che oggi sono scese sotto la soglia di 67.000. È auspicabile che tali provvedimenti riguardanti le misure alternative, la detenzione domiciliare, l'istituto della messa alla prova anche per gli adulti e la depenalizzazione dei reati minori producano presto l'effetto di decongestionare le carceri.*

*Tra le novità positive di quest'anno occorre registrare l'entrata in vigore della legge che ha previsto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, mentre permane difficile la condizione dei bambini sotto i 3 anni che vivono in carcere assieme alle madri.*

*La crisi economica si fa sentire in carcere ancor più che all'esterno e i volontari (dove sono presenti), provano in parte a sopperire alle accresciute carenze di vestiario e cibo. Intanto diminuiscono anche i fondi destinati al lavoro dei detenuti e quelli destinati al funzionamento del carcere. Nonostante tale riduzione mantenere una persona in carcere oggi può costare allo Stato anche più di 4.000 euro al mese. Tale cifra – o parte di essa – potrebbe essere utilizzata in modo migliore, incentivando la concessione degli arresti domiciliari o quella di misure alternative presso idonee strutture esterne al carcere, in particolare per coloro che non hanno un'abitazione o una famiglia disponibile ad accoglierli.*

*Anche in vista delle nuove misure volte alla deflazione del fenomeno del sovraffollamento, sarà compito e competenza degli enti locali e dei servizi sociali pubblici, di attivare percorsi personalizzati e progetti finalizzati al recupero ed al reinserimento dei detenuti, all'assistenza post penitenziaria ed al sostegno rivolto alle famiglie degli stessi detenuti, così come è previsto già dalla legislazione vigente. Utilizzare al meglio le risorse e riuscire a far diventare davvero la carcerazione come “l'extrema ratio”, sarà una sfida importante e non più eludibile per il nostro paese, anche in un periodo di crisi economica e di tagli alla spesa sociale.*

*Alcune storie di vita riportate nel presente capitolo mostrano come sia difficile vivere in carcere e come la vita, anche dopo la liberazione, sia spesso segnata e senza prospettive, soprattutto quando interviene la malattia e non c'è il sostegno di nessuno.*

*Il carcere non può rischiare di essere un luogo di tortura e la pena deve tendere unicamente alla rieducazione. Infatti il detenuto ha diritto ad un trattamento dignitoso durante tutto il periodo della reclusione ed ha anche diritto ad un'alternativa al carcere. Ed ha diritto ad un futuro diverso e di riscatto, dopo il carcere. Davvero, come ricorda il Presidente Napolitano, “in materia di carcere dovremmo tutti essere capaci ora di uno scatto, di una svolta, non fosse altro che per istinto di sopravvivenza nazionale”.*

## Sognare aiuta a vivere

La vita di Felice è difficile fin da bambino: vive a Roma in borgata in una famiglia molto povera, problematica come tante: senza il padre, i fratelli tutti tossicodipendenti. A 8 anni contrae la poliomielite. La madre per salvarlo dalla sorte dei fratelli lo manda in collegio. Lontano dalla famiglia non si cresce bene. Quando torna a casa la situazione è peggiorata. Felice prova a farsi una famiglia tutta sua anche se lavora solo saltuariamente: si sposa, ha un bambino, ma presto si separa. Inizia a vivere di espedienti, dorme in camere in subaffitto e per tirare avanti fa il posteggiatore abusivo. Finalmente riesce a ottenere la pensione di invalidità ma non basta per vivere e la solitudine pesa. Così comincia a bere e finisce per strada. La notte di Natale 2010 per strada fa talmente freddo che Felice viene ricoverato in ospedale con un principio di congelamento. Quando viene dimesso va a dormire presso un centro di accoglienza del comune, finalmente al caldo. Ma proprio quella notte, la polizia lo arresta. Felice proprio non se lo aspettava: un cliente con il quale aveva avuto un diverbio per il pagamento del parcheggio l'aveva denunciato. Non c'è niente da fare, viene portato a Regina Coeli. Trascorre in carcere 8 mesi, durante i quali conosce i volontari della Comunità di Sant'Egidio. Con il loro aiuto ottiene gli arresti domiciliari presso un parente. Non può uscire ma almeno provvisoriamente vive in una casa. A Natale il magistrato gli concede un permesso per partecipare al pranzo di Natale a Santa Maria in Trastevere. Dopo qualche mese può finalmente uscire e trova ospitalità presso una casa famiglia. Ma Felice sogna la casa popolare per andarci a vivere col figlio con il quale ha ripreso i contatti. Forse non è impossibile, adesso ha trovato anche un lavoretto. La vita finalmente ricomincia anche per lui.

## Dignità e rispetto per il detenuto, nel nome della Costituzione

Il 2011 si è concluso con la straordinaria visita di Benedetto XVI al carcere maschile di Rebibbia, nel corso della quale il Papa ha invocato più rispetto e dignità per i carcerati ed ha auspicato che essi non debbano scontare una “doppia pena”, ma anzi si faccia maggiore ricorso anche alle pene non detentive o a modalità diverse di detenzione.

In diverse occasioni nel corso dell'anno il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha usato toni forti, ponendo l'accento sull'emergenza della condizione disumana delle carceri e dei carcerati e parlando di “una realtà non giustificabile in nome della sicurezza, che ne viene più insidiata che garantita”. Il Presidente ha inoltre descritto “l'abisso che separa la realtà carceraria dal dettato costituzionale della funzione rieducatrice della pena e sui diritti e la dignità della persona”.

Infine vanno rimarcate le parole chiare e impegnative usate per descrivere la situazione carceraria e cercare soluzioni adeguate, da parte del Ministro della Giustizia Paola Severino, sin dal suo insediamento. Il Ministro ha stigmatizzato la situazione affermando in diverse occasioni che “Oggi il carcere è un luogo di tortura, più di quanto non sia la detenzione che deve portare alla rieducazione”. Lo stesso Ministro ha anche chiarito che la situazione non può essere risolta con una sola misura, ma serve un insieme di interventi che prevedano in diverse fasi: la deflazione, la depenalizzazione, la costruzione di nuovi istituti, la messa alla prova, gli arresti

domiciliari. L'insieme dei provvedimenti già varati ma in attesa di approvazione e quelli tuttora allo studio del Governo sembrano andare – si spera – in questa direzione.

## La legge cambia e aiuta a cambiare

In attesa dell'attuazione dei provvedimenti annunciati dal Ministro della Giustizia volti a trovare diverse soluzioni ai problemi che affliggono le carceri italiane, occorre registrare nuovamente il fatto che dopo diversi anni, si attende che il Parlamento approvi in via definitiva il provvedimento relativo alle madri in carcere con bambini, come da molti auspicato.

Verranno di seguito citati e brevemente presentati i più recenti ed importanti provvedimenti legislativi, in gran parte tuttora in discussione al Parlamento.

- **La chiusura degli “OPG” (Ospedale Psichiatrici Giudiziari)** o meglio il completamento del processo relativo al loro superamento in base a quanto disposto all'art. 3 della legge n. 9 del 17 febbraio 2012, la cui approvazione ha subito una forte accelerazione in seguito ai lavori della Commissione parlamentare presieduta dal Sen. Marino, è prevista entro il termine del 31 marzo 2013, con il trasferimento dei 1.419 pazienti in apposite strutture di cura debitamente controllate.

Nel Lazio non ci sono OPG e quindi i pazienti residenti nella regione sono stati in genere ospitati presso l'OPG di Aversa, dove infatti su 188 internati, ben 84 provengono dal Lazio (77 dalla Campania). Diverse regioni tra cui il Lazio non hanno ancora adempiuto all'obbligo di presentare (entro il termine previsto del 31 marzo 2012) il programma di accoglienza, al fine di trasferire i pazienti degli OPG in nuove strutture adeguate.

- **Il nuovo Decreto “svuota carceri”.** Il Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, poi convertito in Legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”, prevede l'innalzamento da 12 a 18 mesi della pena detentiva che può essere scontata presso il domicilio del condannato anziché in carcere, permettendo quindi di applicare la detenzione presso il domicilio introdotta dalla Legge 26 novembre 2010, n. 199 (cd. “svuota-carceri”) ad un maggior numero di detenuti (tranne per soggetti condannati per delitti gravi: terrorismo, mafia, traffico di stupefacenti, omicidio, violenza sessuale di gruppo, per i delinquenti abituali, per i detenuti che sono sottoposti al regime di sorveglianza particolare e nei casi di concreta possibilità che il condannato possa darsi alla fuga ovvero sussistono specifiche e motivate ragioni per ritenere che il condannato possa commettere altri delitti) e riducendo il fenomeno delle cosiddette “porte girevoli”. Nei casi di arresto in flagranza, il giudizio direttissimo dovrà essere necessariamente tenuto entro, e non oltre, le 48 ore dall'arresto. Viene inoltre introdotto il divieto di condurre in carcere le persone arrestate per reati di non particolare gravità, prima della loro presentazione dinanzi al giudice per la convalida dell'arresto e il giudizio direttissimo. In tali casi l'arrestato dovrà essere, di norma, custodito dalle forze di polizia.

- **Disegno di legge Severino n. 5019 del 29 febbraio 2012 sulla depenalizzazione dei reati**, assegnato alla discussione della II commissione Giustizia della Camera, annunciato nel Consiglio dei Ministri del 16 dicembre 2011.

Si tratta di un provvedimento complesso e importante, che prevede:

1) la depenalizzazione di tutti i reati per i quali è prevista la sola pena della multa o dell'ammenda (con alcune eccezioni), trasformandoli in illeciti amministrativi. Si propone invece di trasformare in illeciti amministrativi talune contravvenzioni punite con la pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda, previste nel codice penale (rifiuto di prestare la propria opera in occasione di un tumulto, disturbo delle occupazioni o del riposo delle persone, abuso della credulità popolare, rappresentazioni teatrali o cinematografiche abusive, atti contrari alla pubblica decenza).

2) Sospensione del procedimento con messa alla prova (per i maggiorenni): si propone di introdurre nel codice di procedura penale un istituto analogo a quello previsto, per i minori, dall'art. 28 del d.P.R. n. 448/1988. Il disegno di legge delega presentato dal Ministro Severino prevede che, nei procedimenti per reati puniti con la sola pecuniaria o con la pena detentiva non superiore a quattro anni, il giudice possa, su richiesta dell'imputato, disporre la sospensione del procedimento con messa alla prova. La messa alla prova, in particolare, dovrebbe consistere nella prestazione di lavoro di pubblica utilità, nonché nell'osservanza di eventuali prescrizioni di vario genere. In caso di esito positivo della prova il giudice dovrebbe dichiarare l'estinzione del reato; nel caso opposto, il processo dovrebbe riprendere il suo corso.

3) Sospensione del processo per assenza dell'imputato: si propone di introdurre nel codice di procedura penale la sospensione del processo nei confronti degli irreperibili. Spesso chi non ha dimora viene condannato senza la notifica e questa proposta aprirebbe prospettive nuove anche rispetto al cosiddetto "incidente di esecuzione".

4) Pene detentive non carcerarie: si propone di introdurre come nuove pene detentive principali, per i delitti puniti con la reclusione non superiore nel massimo a quattro anni e per le contravvenzioni punite con l'arresto, rispettivamente la reclusione e l'arresto presso l'abitazione o un altro luogo di privata dimora, anche per fasce orarie o per giorni della settimana, in misura non inferiore a quindici giorni e non superiore a quattro anni. Il disegno di legge delega inoltre il Governo a prevedere particolari modalità di controllo, esercitate attraverso mezzi elettronici o tecnici (braccialetto elettronico); escludere l'applicazione delle nuove pene detentive non carcerarie "qualora la reclusione o l'arresto presso l'abitazione o un altro luogo di privata dimora non siano idonei a evitare il pericolo che il condannato commetta altri reati"; prevedere, infine, che nella fase dell'esecuzione della pena il giudice possa "sostituire" le suddette pene con le pene della reclusione o dell'arresto, "qualora non risulti disponibile un'abitazione o un altro luogo di privata dimora idoneo ad assicurare la custodia del condannato" (sembrerebbe doversi pensare, ragionevolmente, a una impossibilità sopravvenuta).

- **Carta dei diritti e dei doveri del detenuto e dell'internato**. Schema di D.P.R. concernente: "Regolamento recante modifiche al D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, in materia di carta dei diritti e dei doveri del detenuto

dell'internato". Fornire al detenuto appena arrivato una buona informativa riguardante i suoi diritti e doveri, ma anche riguardante il funzionamento del carcere, appare una misura davvero utile e necessaria. Le proposte di modifica contenute nello schema di DPR introducono per la prima volta nell'Ordinamento penitenziario la carta dei diritti e dei doveri del detenuto e dell'internato, destinata a sostituire la mera informazione attualmente prevista; inoltre si prevede che "i detenuti e gli internati all'atto del loro ingresso negli istituti e, quando sia necessario, successivamente, sono informati delle disposizioni generali e particolari attinenti ai loro diritti e doveri, alla disciplina e al trattamento". "A tal fine è previsto che "il direttore dell'istituto o un operatore penitenziario da lui designato, svolga un colloquio con il soggetto... allo scopo di fornirgli le informazioni previste dal primo comma dell'articolo 32 della legge" e che "all'atto dell'ingresso a ciascun detenuto o internato è consegnato un estratto delle principali norme di cui al comma 1 (...). L'estratto suindicato è fornito nelle lingue più diffuse tra i detenuti e internati stranieri". Verrà anche fornito un documento che conterrà l'indicazione dei principi che conformano l'attività trattamentale (rispetto della dignità della persona, imparzialità, ecc.), le disposizioni in materia di vestiario, igiene personale, alimentazione, permanenza all'aperto, i provvedimenti che possono essere presi in materia di sorveglianza particolare ed i relativi reclami, nonché le disposizioni che regolano la concessione delle misure alternative alla detenzione. Il documento dovrà, poi, essere portato a conoscenza anche dei familiari dei detenuti.

#### I dati sulle presenze

Il 31 marzo 2012 i detenuti presenti nelle 206 carceri italiane erano 66.695<sup>1</sup> (rispetto ad una capienza regolamentare prevista di 45.743). Nelle 14 carceri laziali erano 6.873 i presenti (a fronte di una capienza regolamentare di 4.838), cioè il 10,31% del totale nazionale.

Visto che il 31 marzo 2011 i detenuti erano in totale 67.600, oggi risultano essere 905 in meno rispetto all'anno scorso. Quanto al Lazio, il 31 marzo 2011 i detenuti erano 6.576 e pertanto le presenze nella regione hanno fatto registrare una diminuzione di 297 unità, rispetto all'anno precedente.

È auspicabile che tale trend, motivato dal Ministero della Giustizia con l'effetto dell'entrata in vigore del cosiddetto decreto "svuota-carceri", provochi una costante riduzione del numero dei carcerati, soprattutto se accompagnato dalle altre misure tuttora in discussione al parlamento, in parte descritte nel paragrafo precedente, con riguardo ai provvedimenti annunciati dal ministro della Giustizia Severino. Non va peraltro dimenticato il positivo effetto che ha avuto la sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea dell'aprile 2011, con la quale viene imposto ai giudici italiani di disapplicare ogni disposizione del decreto legislativo n. 286/1998 (più noto come Legge Bossi-Fini), rendendo non più obbligatorio l'arresto per i cittadini extracomunitari non in regola coi documenti. È evidente che ciò ha evitato l'ulteriore innalzamento delle presenze degli immigrati in carcere.

Va anche detto che dei 66.695 presenti al 31 marzo 2012, solo 38.277 (pari al 57,39%) sono i cosiddetti "definitivi", mentre 26.941 (pari al 40,39%) sono gli imputati (di cui fanno parte i 13.493 in attesa di primo giudizio, ma anche i cosiddetti ricorrenti e gli appellanti, cioè coloro che sono in attesa degli altri gradi di giudizio previsti), ai quali vanno aggiunti 1.379 internati e 98 diversamente classificabili (pari al 2,21%).

Tra le misure già in vigore va citata la L. 199/2010, che dalla sua entrata in vigore sino al 31 marzo 2012 ha consentito l'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive (non superiori a 18 mesi) di un totale di 5.682 detenuti usciti dagli istituti penitenziari (548 nel Lazio), pari a poco più dell'8% del totale.

Si tratta evidentemente di una contrazione del numero dei detenuti ancora contenuta, ma va tenuto conto che le prime misure sono entrate in vigore da poco tempo ed il processo di riduzione delle presenze è ancora all'inizio del suo percorso.

#### Vita in carcere: reati in calo, soldi in calo, visibilità in calo

Allo stato attuale le carceri continuano ad essere sovraffollate, rispetto alla capienza prevista, con una evidente riduzione degli spazi dedicati alla socialità al di fuori della cella e quindi delle attività trattamentali e ricreative. La Corte Europea dei diritti umani ha più volte stigmatizzato le condizioni degradate e la difficile situazione in cui versano le carceri italiane, in alcuni casi condannando anche l'Italia per trattamento inumano nei confronti di singoli detenuti e ribadendo il principio secondo cui gli Stati hanno l'obbligo di assicurare che "tutti i carcerati siano detenuti in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana e avendo riguardo per le esigenze pratiche della detenzione".

Tale stato di sofferenza è testimoniato da diversi indicatori.

Uno degli indici di sofferenza grave è quello riguardante i dati sui suicidi in carcere: nel 2011 erano stati 66 in tutto (2 nel Lazio), nel 2012 (al 24 aprile 2012) sono già 15 (uno nel Lazio). In genere una delle fasi più delicate della detenzione è quella immediatamente successiva all'ingresso in carcere ed in effetti nei primi giorni di detenzione il "rischio suicidio" appare assai più elevato<sup>2</sup>, dovendo anche considerare che circa un terzo dei suicidi<sup>3</sup> aveva un'età compresa tra i 20 e i 30 anni.

Un recente studio diffuso dalla Commissione Diritti Umani del Senato<sup>4</sup> fornisce un quadro allarmante della situazione: il totale dei "morti in carcere" nel corso degli ultimi 12 anni supera le 2.000 unità: 1.954 fra i detenuti e 91 fra gli agenti di Polizia penitenziaria. Tra il 2000 ed il 2012 si sono uccisi 700 detenuti ed anche 85 agenti. Va anche detto che l'attuale crisi economica viene percepita in carcere in maniera assai più problematica che all'esterno. Durante gli ultimi anni i fondi destinati al funzionamento del carcere hanno subito una progressiva riduzione, con un'evidente ricaduta sulla vita dei detenuti. Ad esempio la cifra media destinata ai tre pasti giornalieri per ciascun detenuto oggi ammonta ad un totale di 3,85 euro (+ 10% di IVA).

Appare anche aumentato il numero dei detenuti in stato di povertà e di coloro che, non avendo colloqui con la famiglia, non hanno nemmeno quella sorta di integrazione alimentare o di aiuto proveniente dall'esterno, che nel passato aveva costituito per molti una risorsa su cui contare.

Per chi si trova in cella, alle carenze di generi alimentari si sommano quelle di generi di vestiario (intimo ma non solo), ma anche di sapone, dentifricio, bagnoschiuma e poi di pasta, caffè, zucchero. A tali carenze il volontariato in carcere (ove esso è presente) prova a sopperire, almeno in parte, tramite periodiche distribuzioni di vestiario ed altri generi di conforto.

Restano critiche le condizioni "ambientali" di alcune carceri in cui al problema del sovraffollamento, che costringe i detenuti a convivere insieme a volte anche per 23 ore al giorno in celle assai anguste senza lo

spazio vitale, si aggiunge la pena ulteriore legata al caldo eccessivo d'estate e al freddo intenso l'inverno, senza alternative.

Vanno anche sottolineate le difficoltà che incontrano i detenuti per l'accesso al lavoro che, oltre ad essere un'importante fonte di sostentamento, secondo l'ordinamento penitenziario vigente rientra tra gli elementi fondamentali e più qualificanti del trattamento. È sempre più difficile lavorare in carcere ed essere condannati a non fare nulla in cella spesso è una condanna ulteriore.

Tabella 1 – Fondi destinati all'accesso al lavoro/numero detenuti lavoratori. Anni 2006-2011

Anno	Fondi assegnati	Presenze detenuti	Detenuti lavoratori	Lavoranti per 100 detenuti presenti
2006	€ 71.400.000,00	59.523	15.576	26,17
2007	€ 62.424.563,58	39.005	12.021	30,82
2008	€ 60.753.163,34	48.693	13.326	27,37
2009	€ 48.198.827,00	58.127	13.990	24,07
2010	€ 54.215.128,00	64.791	14.271	22,03
2011	€ 49.664.207,00	67.961	14.174	20,86

Fonte: Elaborazione Comunità di Sant'Egidio, su dati riportati nella Relazione presentata alla Camera dei Deputati dal Ministro della Giustizia sullo svolgimento da parte dei detenuti di attività lavorative o di corsi di formazione professionale per qualifiche richieste da esigenze territoriali (Anno 2011), 28 dicembre 2011

I fondi destinati a pagare i salari dei detenuti alle dipendenze del carcere (i cosiddetti lavori domestici, scopini, porta-vitto, scrivani, ecc. e le lavorazioni industriali, per provvedere alle esigenze di casermaggio e arredo degli istituti) ed anche il lavoro alle dipendenze di soggetti terzi come imprese o cooperative che avviano attività all'interno dei penitenziari oppure che assumono detenuti all'esterno, hanno subito una ulteriore riduzione. Nel 2006 i fondi destinati ai salari dei lavoratori-detenuti ammontava a 71.400.000 euro, passando nel 2011 (quindi dopo 5 anni) a 49.664.000 euro, cioè il 30,5% in meno. Presso il carcere di Regina Coeli a Roma il budget destinato al lavoro dei detenuti è passato dai 611.000 euro del 2011 ai 476.000 del 2012. Ciò ha avuto delle ripercussioni dirette sull'accesso al lavoro: alla fine del 2009 erano 14.271 i detenuti "lavoranti", alla fine del 2010 erano 14.174 ed alla fine del 2011 erano 13.765<sup>5</sup>, cioè il 20,4% dei detenuti. Di essi 11.508 hanno lavorato alle dipendenze del DAP (Dipartimento Amministrative Penitenziaria) e 2.257 alle dipendenze di "aziende esterne" (imprese profit o cooperative). Il lavoro all'interno del carcere ha coinvolto 12.080 detenuti, mentre 833 sono stati i semiliberi e 852 gli "ammessi al lavoro esterno". Occorre tuttavia osservare che la contrazione del numero degli occupati, non è stata così evidente come ci si poteva aspettare, a fronte di una tale riduzione degli stanziamenti. Il risparmio è stato ottenuto grazie ad una

forte diminuzione dell'orario di impiego pro-capite dei lavoratori destinati ai cosiddetti "servizi domestici" (pulizie, cucina, manutenzione), ed effettuando una maggiore turnazione sulle posizioni lavorative. In tal modo essi hanno percepito una media mensile di 230 euro lordi (circa la metà al netto di contributi previdenziali e quota cosiddetta di "mantenimento carcere"). A tale proposito va anche precisato peraltro che dal 1994 i salari destinati ai detenuti-lavoratori, per carenze di ordine economico, non è stato più adeguato al costo della vita come invece prevedrebbe l'art. 22 dell'ordinamento penitenziario.

È bene notare anche che gli importi suindicati relativi agli stanziamenti destinati ai salari andavano a coprire anche gli oneri previsti dalla Legge 193/2000 (cosiddetta Legge Smuraglia), la cui finalità era di incentivare il lavoro dei detenuti in esecuzione penale prevedendo benefici fiscali e contributivi per quelle aziende e cooperative che avessero assunto detenuti in esecuzione della pena. A 10 anni dall'entrata in vigore tale legge ha di fatto (o almeno in buona parte) cessato i suoi benefici effetti, in gran parte a causa della mancanza di fondi. La proposta di legge n. 937, analogamente alla citata legge Smuraglia, prevede di favorire l'inserimento dei detenuti nel mondo del lavoro in esecuzione della pena o in misura alternativa tramite sgravi fiscali alle imprese. La proposta si è arenata presso la Commissione Bilancio della Camera per mancanza di copertura finanziaria e non si sa se e quando potrà proseguire il suo iter.

Tra le situazioni di sofferenza va nuovamente segnalata quella relativa alle madri in carcere con bambini. Si tratta di 54 minori sotto i tre anni (al marzo 2012), detenuti assieme alle madri (in tutto sono 51 detenute). Il provvedimento è tuttora in attesa della conclusione dell'iter parlamentare, ormai da molti mesi. Nel Lazio (Rebibbia femminile) sono 12 le detenute con i figli sotto 3 anni (13 bambini in totale).

**Tabella 2 – Donne con bambini minori di 3 anni presenti negli istituti penitenziari**

Asili nido funzionanti	17
Detenute madri con figli conviventi in istituto	51
Bambini minori di tre anni in istituto	54
Detenute in stato di gravidanza	13

Fonte: DAP, – Ufficio Sviluppo e Gestione Sistema Informativo Automatizzato – Settore Statistico, "Popolazione detenuta e risorse dell'amministrazione penitenziaria", aprile 2012. Dati aggiornati al 31.12.2011

**Tabella 3 – Detenute ristrette negli istituti penitenziari con prole al seguito, per regione di detenzione**

Regione di detenzione	Totale detenute con figli	Numero figli al seguito
Calabria	1	1
Campania	10	11
Lazio	12	13
Liguria	1	1
Lombardia	11	14
Piemonte	1	1
Puglia	2	2
Sardegna	1	1
Sicilia	1	1
Toscana	3	3
Umbria	1	1
Veneto	5	5
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>54</b>

Fonte: DAP, – Ufficio Sviluppo e Gestione Sistema Informativo Automatizzato – Settore Statistico, "Popolazione detenuta e risorse dell'amministrazione penitenziaria", aprile 2012. Aggiornamento al 23 marzo 2012

### Quanto costa mantenere un detenuto

Nonostante i fondi destinati al funzionamento del carcere siano oggi al minimo storico (e quindi anche il mantenimento detenuto dei carcerati sia assai ridotto rispetto al passato), va considerato quanto costi la carcerazione di un solo detenuto, tenendo conto che essa può avere una durata anche medio-lunga.

Oggi mantenere un detenuto in carcere costa al giorno in media tra i 113 e i 138,7 euro<sup>6</sup> (di cui 98,95 destinati alle spese del personale), nonostante in dieci anni lo stanziamento medio sia diminuito di circa 18 euro e che il costo complessivo dei pasti ammonti a poco meno di 4 euro al giorno. Pertanto un detenuto costa allo Stato una media variabile tra i 3.390 e i 4.140 euro al mese.

## L'accesso alle misure alternative

Alla fine del 2011 erano 20.314 i detenuti che hanno usufruito di misure alternative. C'è da registrare una certa riduzione rispetto al 2010 (erano 21.494), che è ancora maggiore se i dati vengono rapportati al 2005 (cioè prima dell'indulto), quando i fruitori delle misure alternative furono rispettivamente 49.943, cioè il doppio degli ultimi anni. Al di là dei motivi che hanno causato tale contrazione, è auspicabile che tramite i recenti provvedimenti di legge si possa tornare agli standard precedenti.

**Tabella 4 – Condannati sottoposti a misure alternative alla detenzione, a misure di sicurezza non detentiva, a sanzione sostitutiva della pena detentiva. Anni 2006/2010**

Condannati	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Affidamento in prova al servizio sociale</b>					
Condannati dallo stato di libertà	9.240	1.771	3.124	4.069	5.437
Condannati dallo stato di detenzione	2.741	1.552	2.269	3.147	4.090
<b>Totale</b>	<b>11.981</b>	<b>3.323</b>	<b>5.393</b>	<b>7.216</b>	<b>9.527</b>
<b>Semilibertà</b>					
Condannati dallo stato di libertà	221	46	122	173	159
Condannati dallo stato di detenzione	1.014	697	681	683	849
<b>Totale</b>	<b>1.235</b>	<b>743</b>	<b>803</b>	<b>856</b>	<b>1.008</b>
<b>Detenzione domiciliare</b>					
Condannati dallo stato di libertà	2.934	868	1.518	2.410	3.093
Condannati dallo stato di detenzione	1.403	804	1.171	1.818	2.697
Condannati in misura provvisoria	1.044	558	631	1.011	3.220
<b>Totale</b>	<b>5.381</b>	<b>2.230</b>	<b>3.320</b>	<b>5.239</b>	<b>9.010</b>
Altre misure	1.490	1.654	1.807	1.746	1.949
<b>Totale misure pervenute</b>	<b>20.087</b>	<b>7.950</b>	<b>11.323</b>	<b>15.057</b>	<b>21.494</b>

Fonte: Elaborazione Ristretti Orizzonti su dati DAP

**Tabella 5 – Detenuti che hanno usufruito delle misure alternative – aggiornamento al 31 marzo 2012**

Tipologia	Detenuti che hanno usufruito delle misure alternative
<b>Affidamento in prova</b>	
condannati dallo stato di libertà	4.735
condannati dallo stato di detenzione	2.467
condannati tossico-alcoldipendenti dallo stato di libertà	975
condannati tossico-alcoldipendenti dallo stato di detenzione	1.870
condannati tossico-alcoldipendenti in misura provvisoria	337
condannati affetti da aids dallo stato di libertà	1
condannati affetti da aids dallo stato di detenzione	39
<b>Totale</b>	<b>10.424</b>
<b>Semilibertà</b>	
condannati dallo stato di libertà	93
condannati dallo stato di detenzione	811
<b>Totale</b>	<b>904</b>
<b>Detenzione domiciliare</b>	
condannati dallo stato di libertà	2.993
condannati dallo stato di detenzione	4.309
condannati in misura provvisoria	2.086
condannati affetti da ids dallo stato di libertà	17
condannati affetti da ids dallo stato di detenzione	25
condannati madri/padri dallo stato di libertà	6
condannati madri/padri dallo stato di detenzione	17
<b>Totale</b>	<b>9.453</b>
<b>Totale diverse tipologie</b>	<b>20.781</b>

Fonte: DAP – DGEPE – Osservatorio misure alternative. Dati aggiornati al 31 marzo 2012

## L'assistenza ai detenuti e alle loro famiglie anche dopo il carcere

Si ritiene utile riportare una breve e sintetica storia delle competenze in materia di assistenza carceraria, al fine di non disperdere lo spirito “illuminato” di una legislazione all'avanguardia che anni fa costituiva un modello per molti altri Stati.

L'ordinamento penitenziario (Legge 26 luglio 1975, n. 354) annette notevole importanza all'assistenza alle famiglie: l'art. 45<sup>7</sup>, parallelamente agli interventi da svolgere sui soggetti che vivono in istituto afferma l'esigenza di predisporre un'azione integrativa di assistenza in favore delle famiglie. Da un lato l'articolo fa riferimento all'impatto sulle relazioni derivante dall'allontanamento del familiare, dall'altra alla necessità che siano attentamente considerate “le difficoltà che possono ostacolare” il reinserimento sociale del detenuto che potranno essere sia di natura materiale che psicologica. In effetti, il trattamento di chi sta per uscire dal carcere, nella fase

che precede la dimissione nonché successivamente ad essa hanno meritato l'attenzione sia dell'ordinamento penitenziario<sup>8</sup> che del regolamento di esecuzione<sup>9</sup> che hanno previsto sia interventi del servizio sociale dell'amministrazione penitenziaria che del consiglio di Aiuto Sociale.

Il Consiglio di Aiuto Sociale (ubicato presso il Tribunale del capoluogo di ciascun circondario) è presieduto dal presidente del Tribunale (o da un magistrato da lui delegato) ed è composto da una serie di persone che, a titolo personale o quali rappresentanti di funzioni pubbliche o religiose, rappresentano importanti componenti dell'impegno civile. Si tratta di un Ente di tipo volontaristico a cui si è chiamati a partecipare a titolo meramente gratuito i cui compiti sono quelli di far fronte alle esigenze materiali e morali presentate da detenuti ed internati, loro familiari e vittime del delitto<sup>10</sup>. La riforma penitenziaria del '77 aveva previsto inoltre la costituzione presso ogni Consiglio del Comitato per l'occupazione degli assistiti dal Consiglio di Aiuto Sociale, specificamente preposto ad affrontare le problematiche connesse all'inserimento lavorativo dell'ex detenuto. Tale impianto, fortemente incentrato su una concezione centralistica dell'intervento statale (sebbene coadiuvato dall'intervento di volontari e dal coinvolgimento dei rappresentanti significativi del mondo lavorativo nei Comitati) viene messo in crisi dall'emanazione del DPR 616/77 che definisce il "trasferimento e deleghe delle funzioni amministrative dello Stato alle Regioni ed ai Comuni", secondo il quale l'assistenza alle famiglie bisognose dei detenuti, alle famiglie delle stesse vittime del delitto nonché l'assistenza post-penitenziaria sono attribuite alle regioni<sup>11</sup>.

Con il passaggio delle competenze, il Ministero della Giustizia con alcune circolari, stabilì che i Consigli cessassero dal 31 dicembre 1977 l'assistenza post-penitenziaria, l'assistenza economica alle famiglie dei detenuti nonché l'assistenza ed il soccorso alle vittime del delitto. Ai Consigli vennero mantenute alcune attività (quelle non trasferite, di cui all'artt. 74 e 75 della legge n. 354/75) e l'impegno di segnalare i soggetti bisognosi alle regioni e ai comuni competenti; essi appaiono, alla luce del suddetto DPR 616/77, snaturati nelle loro funzioni originarie tanto da "far dubitare che la loro presenza nel campo operativo penitenziario<sup>12</sup> risulti ancora giustificata". L'evoluzione normativa ha quindi provocato uno spostamento dell'asse dell'intervento quasi totalmente verso le Regioni ed i Comuni presso i quali l'assistenza ai detenuti ed ex detenuti va a convergere con quella rivolta alla popolazione adulta in stato di bisogno. Tale passaggio seppure determina una uscita dell'assistenza a questo settore della popolazione dall'alveo della categoria "detenuti ed ex detenuti", riducendone la specificità, finisce per ridurre anche le reali capacità assistenziali in quanto va a riversarsi in un ambito in cui, negli anni, aumentano le necessità assistenziali. L'obiettivo che si intende perseguire è senz'altro positivo e va verso un intervento che prenda in carico in maniera "globale" il disagio con cui si confronta. Almeno in questo senso si muove il Comune di Roma con la Delibera del Consiglio Comunale del 29 luglio 1997 n. 154 "Nuovo regolamento degli interventi assistenziali: Interventi di sostegno al nucleo familiare e alla singola persona: progetto di intervento globale" con la quale si prevede che gli interventi devono essere "finalizzati alla tutela ed al sostegno del nucleo familiare e della singola persona attraverso l'impostazione di un progetto globale che rimuova le cause del disagio familiare o personale"<sup>13</sup>, prevedendo interventi sia di natura sociale che economica finalizzati a "promuovere l'autonomia del nucleo familiare"<sup>14</sup>. La delibera prevedeva specificatamente tra i beneficiari degli interventi "le persone che hanno compiuto reati contro la collettività"<sup>15</sup> per le quali predisponeva interventi differenziati. Si tratta di una delibera in linea con l'articolo 14 della legge quadro di riordino dell'assistenza n. 328/2000, in cui si evidenzia l'importanza del nucleo familiare nella progettazione degli interventi individuali, promuove l'elaborazione di un progetto di assistenza globale, che consente di attivare interventi rivolti

all'intero nucleo familiare superando la frammentazione per categorie assistenziali. La persona, dunque, viene considerata nella sua globalità: le viene riconosciuto un ruolo attivo sia nell'individuazione del proprio stato di bisogno, in relazione alle problematiche e alle risorse del nucleo familiare, sia nella contrattazione dei possibili interventi di sostegno. Ciononostante già allora, la ricerca effettuata dal Forum degli Assessorati alle Politiche Sociali del Comune di Roma in cui si analizzava l'impatto sociale derivante dall'applicazione della delibera 154 evidenziava tra i problemi applicativi della delibera, la mancanza di stanziamenti economici adeguati per la garanzia di un livello minimo di sussistenza e per l'avvio di progetti innovativi. Gli assistenti sociali intervistati ritenevano infatti, di erogare interventi che, non offrendo un adeguato sostegno economico, non introducono alcun cambiamento rispetto ai problemi sociali presentati.

Successivamente, il Comune di Roma ha varato il Piano Cittadino per il Carcere 2004-05-06 attraverso il quale cerca di mettere in comunicazione tutto il complesso mondo che ruota intorno al carcere. Anche in questo caso si coglie ad esempio nell'ambito dei lavori della commissione "Formazione e Lavoro", l'insufficienza degli interventi messi in atto. Vi leggiamo infatti:

"La mancanza di un alloggio, nonostante la presenza di case famiglia e i gruppi appartamento già operativi sul Comune di Roma, è uno dei principali ostacoli al percorso di reinserimento socio lavorativo, pertanto vanno implementate le strutture, anche in luoghi dove sia possibile attuare anche la misura alternativa, con un percorso lavorativo anche presso le cooperative di produzione lavoro verificando, rispetto al loro mercato, la possibilità di creare occupazione stabile e continuativa; si può quindi, prevedere nell'assegnazione della casa, un percorso privilegiato per la realizzazione di case famiglia in cui l'inserimento lavorativo è consequenziale al bisogno alloggiativo; affidare progetti di formazione e inserimento lavorativo al terzo settore sulla base di criteri maggiormente efficaci e fondi adeguati affinché possano essere messe "in campo" le risorse tecniche e professionali adatte. Le borse lavoro stanziate dal Comune, dai Municipi, dalla Provincia di Roma e dal CSSA devono essere destinate all'inserimento lavorativo sulla base di progetti individualizzati in accordo e costante monitoraggio tra i referenti degli enti attuatori della borsa lavoro ma anche la Direzione degli Istituti e il Provveditorato regionale... L'importo stesso della borsa lavoro prevista a livello municipale (L. 328/2000) restringe le possibilità di usufruirne: chi ha problemi alloggiativi o una famiglia a carico (o entrambi) è costretto a reperire lavoro tramite altri canali; la durata limitata, sei mesi, di un corso non garantisce inoltre la piena acquisizione di capacità e nozioni tecniche, che permettano al soggetto di spendersi nel mercato del lavoro, se non per attività lavorative di semplice apprendimento, quali le pulizie, di cui il mercato è praticamente saturo, anche in questo caso occorre instaurare un protocollo di intesa tra servizio sociale municipale, il (CSSA – Centro Servizio Sociale Adulti) (oggi sostituito dall'Ufficio Esecuzione Penale Esterna – UEPE) e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per offrire una borsa lavoro che abbia un importo di almeno 450,00 euro mensili, in lavori socialmente utili, da svolgere presso le strutture presenti nel municipio stesso di appartenenza"<sup>16</sup>.

Nello stesso piano la relazione del Centro di Servizio Sociale per Adulti chiede espressamente che "per favorire un effettivo reinserimento nel proprio contesto socio-ambientale i Municipi possano disporre di maggiori fondi per interventi a sostegno delle categorie deboli finalizzati ad attivare borse di lavoro per progetti di reinserimento di soggetti in esecuzione penale esterna ed ex detenuti" e che "nei bandi emessi dagli Enti locali rivolti all'attivazione dei corsi di formazione professionale vengano individuati canali preferenziali per l'accesso di persone in esecuzione penale esterna, quindi con la riserva predefinita di un numero di posti per tali soggetti"<sup>17</sup>.



Evidenza poi l'enorme problema rappresentato dalle persone extracomunitarie "alle quali di fatto non viene garantita l'eguaglianza sul piano dell'accesso alle misure alternative. Infatti, a fianco dell'assenza di riferimenti familiari, della carenza di strutture di accoglienza sul territorio, si presenta il grave problema del lavoro. Queste persone quasi mai riescono a reperire un'attività lavorativa, perlopiù regolare, in quanto già risulta di difficile realizzazione la regolarizzazione della permanenza nel territorio dello Stato<sup>18</sup>".

### Roma. Vita in carcere e fuori

Un accenno va fatto alla situazione romana, data la sua complessità, a partire dalle presenze. Nei 6 carceri romani si trovano 3.665 detenuti (3.297 uomini e 368 donne), cioè più della metà di tutto il Lazio.

Occorre anzitutto registrare il fatto che ad aprile 2012 – in controtendenza col dato nazionale – il numero dei detenuti nel Lazio ha ripreso a crescere e tale dato andrà analizzato meglio in futuro.

Alcuni istituti sono tuttora in sofferenza. In particolare Regina Coeli, nonostante due sezioni siano chiuse, continua ad essere sovraffollata, ospitando quasi mille detenuti. Altri carceri più piccoli stanno aprendo nuove sezioni, come a Velletri. Invece si segnala che recentemente presso il carcere di Rieti è stata aperta una sezione sperimentale dedicata al "trattamento avanzato" (cioè con personale ridotto), che nelle intenzioni del Ministero della Giustizia, dovrebbe costituire un modello pilota, finalizzato a preparare i detenuti al successivo inserimento in strutture alternative al carcere.

Quanto alle strutture alternative esistenti sul territorio, attualmente la Rete di Accoglienza di Roma Capitale<sup>19</sup> per detenuti ed ex detenuti può contare sulla disponibilità di 56 posti; in particolare è costituita da sei Case famiglia per un totale di 36 posti e una Struttura per indultati ed ex detenuti di 20 posti.

Nel dettaglio, la rete di accoglienza per Detenuti ed ex Detenuti attivata da Roma Capitale è attualmente costituita da:

1) 6 Case famiglia per un totale di n. 36 posti destinati all'accoglienza residenziale (vitto e alloggio) gratuita a favore di persone alle quali la Magistratura di Sorveglianza ha accordato misure Alternative alla detenzione (affidamento in prova al Servizio Sociale, l'art. 47 ter, detenzione domiciliare) o persone in sospensione condizionata della pena (c.d. indultino), in permesso premio, cioè a tutti coloro ai quali sarebbe preclusa la possibilità di usufruire dei benefici concessi e previsti dalla legge non avendo in particolare un proprio domicilio/abitazione di riferimento.

2) Una struttura di accoglienza di n. 20 posti (h13) destinati all'accoglienza notturna gratuita a favore di persone in via di dimissione o neo dimesse dagli Istituti di pena, indultate (L. 31.07.2006 n. 241) ed ex detenuti. In tutti i casi, persone di entrambi i sessi, cittadini italiani o stranieri, che a seguito di situazioni emarginanti sono prive di alloggio e di risorse economiche, familiari e relazionali significative.

A tali strutture di accoglienza si accede su autorizzazione dell'Ufficio Detenuti del Dipartimento V di Roma Capitale, previa segnalazione e proposta dell'UEPE, o dei Servizi Sociali dei Municipi romani, nonché su segnalazione effettuata dai Responsabili della stessa rete di accoglienza per i detenuti, in base ad un progetto condiviso che tiene conto anche dei tempi della concessione della misura parte della Magistratura di Sorveglianza. Alle strutture comunali vanno aggiunte alcune altre strutture di accoglienza per detenuti ed ex detenuti, tra le quali:

- L'Isola dell'Amore Fraterno (circa 50 posti a pagamento), rivolta a detenuti agli arresti domiciliari, in permesso premio o in affidamento.
- Fondazione Villa Maraini – Progetto carcere, per persone con problemi di tossicodipendenza e AIDS – Centro terapeutico residenziale alternativo alla detenzione (17 posti), con accesso diretto dal carcere.
- Magliana 80 Progetto Carcere per persone con problemi di alcolismo, tossicodipendenza e AIDS – Centro notturno (15 posti)<sup>20</sup>.

Tabella 6 – Strutture residenziali per detenuti in alternativa al carcere a Roma

Strutture	posti
<b>Strutture del Comune di Roma</b>	
6 case famiglia	36
1 struttura di accoglienza	20
<b>Totale</b>	<b>56</b>
<b>Strutture del privato sociale</b>	
L'Isola dell'Amore Fraterno *	50
Fondazione Villa Maraini - Progetto carcere	17
Magliana 80 Progetto Carcere	15
<b>Totale</b>	<b>82</b>
<b>Totale posti a Roma</b>	<b>138</b>

Fonte: Comunità di Sant'Egidio, aprile 2012

Oltre a tali centri di accoglienza vanno citate infine le Comunità terapeutiche residenziali<sup>21</sup> riservate esclusivamente ai tossicodipendenti (e teoricamente anche agli alcolisti) sparse sul territorio, le cui possibilità di accesso variano in base all'età e alla pena da scontare.

### Storie emblematiche

Il mondo carcerario nel Lazio, nella sua complessità, va considerato un campione assai valido anche a livello nazionale, non solo sotto il profilo numerico, ma perché esso riflette in sé tutte le problematiche riscontrate in genere in tutte le carceri italiane (sovraffollamento, difficoltà nel reperire strutture idonee per le misure alternative, ecc.).

Vengono di seguito riportate – seppur molto brevemente – alcune storie di persone che sono state detenute nel Lazio, perché le situazioni concrete rendono conto meglio di tanti dati di quello che vive chi si trova in carcere. Tutti rappresentano un mondo da guardare con occhi diversi.

Hanno tutte vissuto in carcere un'esistenza complicata, dovendo affrontare ostacoli aggiuntivi di ogni genere legati spesso alla malattia, alla solitudine, alla mancanza di contatti con l'esterno, alla povertà di risorse, alla burocrazia e sottoposti ai giudizi e i pregiudizi di tutti.

Alcuni di loro hanno subito una “sclerotica istituzionalizzazione” che non gli ha consentito di usufruire, proprio a causa delle loro condizioni di salute o sociali, di misure a cui spesso avrebbero avuto diritto.

S. pur vivendo ormai allo stato vegetativo, è dovuto restare in carcere molti mesi, in attesa di una struttura sanitaria esterna che lo accogliesse, a causa della burocrazia (gli era stata tolta persino la pensione d'invalidità “in attesa di revisione”). Infatti non avendo la residenza, nessuna ASL era disponibile a pagare le spese del ricovero e quando è stato finalmente accolto in una clinica, dopo pochi giorni è morto.

Invece alcuni ce l'hanno fatta, come F. che oggi lavora e vive con la figlia, una vita serena e completamente nuova, orgogliosa del suo riscatto o come M., anziano che si è affidato all'aiuto dei volontari, la sua nuova famiglia, ed è riuscito ad uscire dal carcere e vive in un istituto, felice di essere finalmente fuori.

#### **Alcune storie**

##### **A. 73 anni. Da malato e in carcere a una vita normale**

Anziano di 73 anni. In carcere per reati valutari. A Roma non ha praticamente nessuno. Ha solo un figlio, ma si trova all'estero. Ora A. si trova in detenzione domiciliare presso una struttura, ma fino a qualche mese fa era recluso presso il carcere di Rebibbia. È stato scarcerato per gravi motivi di salute (cardiopatologia, diabete, ecc.) ed un giorno si è ritrovato fuori dal carcere di Rebibbia, senza documenti, senza residenza, senza un medico, senza sapere dove andare a dormire. Quindi ha iniziato a vagare per la città, dormendo nelle stazioni e nella sala d'attesa dell'aeroporto. I volontari di Sant'Egidio e l'Ufficio del Garante lo hanno ritrovato e lo hanno aiutato a fare i documenti e ad avere la residenza. Ciò gli ha consentito di scegliere il medico, di ottenere l'esenzione per patologia e quindi di riprendere la cura per la cardiopatologia e per il diabete. Ora è in cura presso un ospedale, dove presto verrà sottoposto ad intervento. Tramite la Caritas ha poi trovato una residenza in un paesino vicino Roma. È molto contento di avere una casa ed una vita regolare.

##### **F. 45 anni. Straniera in Italia. Vita dura. Carcere. Adesso una famiglia normale**

Racconta con un certo rammarico che da bambina sognava di fare il medico, ma la vita le ha riservato diverse sorprese. Nel 1992 è arrivata in Italia, si è sposata, ha avuto una bambina, ma ben presto si è separata. Poi la drammatica esperienza dell'arresto e della detenzione. Sette anni in cui è stata lontano dalla sua bambina, che è cresciuta in parte senza la presenza della mamma. Questo forse è il suo più grande rammarico: non aver potuto vivere assieme alla figlia, durante una fase delicata come l'adolescenza. In carcere F. sente di aver saldato il suo debito con la giustizia ed ha avuto modo di studiare, di specializzarsi e

di lavorare. Oggi che è fuori dal carcere lavora come giardiniere e si sente finalmente realizzata. Condivide con la figlia, ormai diciottenne, una stanza nella casa famiglia che l'ha ospitata in questi anni. Il suo sogno è quello di condurre un'esistenza regolare e vivere con la figlia, come una famiglia normale, provando a recuperare il tempo perduto.

##### **P. 55 anni. Quando la malattia è un piano inclinato senza ritorno**

Uomo del Sud, per anni la famiglia ha chiuso i contatti con lui. Nel 2006 è stato internato presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Nel 2008 è stato colpito da un'ischemia che lo ha costretto allo stato vegetativo. Nel frattempo la sua pensione di invalidità è stata incredibilmente sospesa per revisione. Anzi è stata bloccata per molto tempo, senza motivo. (Per revisione di cosa, visto il suo stato così grave?). I volontari hanno provato almeno ad iscriverlo al SSN, ma non avendo più la residenza, l'impresa era quasi impossibile. Peralto senza iscrizione al SSN, non si riusciva neanche a trovare una struttura disponibile ad accoglierlo. Quindi si è perso molto tempo e poi nel 2011 è stato trasferito all'Ospedale Pertini e successivamente al centro clinico di Regina Coeli. Dopo molti mesi di attesa è stato accolto in struttura sanitaria esterna in sospensione pena, ma dopo 10 giorni è morto.

##### **A. 55 anni. Immigrato, carcere lungo per reati corti. Oggi lavoratore regolare**

Africano, è stato condannato per il reato di vendita di CD contraffatti a 6 anni di carcere (anche a causa di tante piccole condanne in contumacia). Una volta libero si è trovato con il problema di avere residenza, alloggio e lavoro. Ha avuto il permesso di soggiorno per motivi umanitari (era scappato dalla guerra nel suo Paese). Ha vissuto girando per la città, alla ricerca disperata di un lavoro, che gli consentisse di rinnovare il permesso di soggiorno. Ha lavorato pochi giorni per una ditta di volantaggio, ma “in nero”. Alla fine, grazie alla sua ostinazione, è riuscito a farsi mettere in regola ed ora ha permesso di soggiorno e persino la carta di identità.

##### **G. 79 anni. Da Rebibbia a una casa di accoglienza**

Anziano di 79 anni. Si trovava a Rebibbia ed ora è ospitato presso una struttura di accoglienza. Per anni non ha avuto contatti con la famiglia di origine e da poco ha iniziato ad avere le visite di un parente. Prima del reato G. era una persona normale, incensurato, con una piccola attività di commercio. A causa delle patologie ed in virtù della buona condotta, il magistrato di sorveglianza gli ha concesso il beneficio della detenzione domiciliare. In carcere ha passato molti mesi in infermeria. Potrebbe rappresentare il mondo della salute in carcere, o anche degli anziani in carcere e delle difficoltà che essi incontrano (dal mangiare, al movimento, all'uso del bagno in comune con altri, ecc.) e della difficoltà (che alla lunga possono divenire impossibilità) di ricollocarsi nel territorio (pur avendo maturato i benefici di legge). È stato “adottato” da diversi volontari della Comunità di Sant'Egidio e di altre associazioni, che lo hanno accompagnato in un percorso di “risocializzazione”, “comprensione del reato” e successivo inserimento in una struttura di accoglienza, dopo una lunga attesa. Ha iniziato anche a frequentare la parrocchia. Ora sta provando a trovare una via per “riaprire” i rapporti con la famiglia. Nel frattempo è diventato nonno. In carcere ha rimesso la dentiera ed ora è persino tornato a sorridere.

### **L. 50 anni. Una vita debole. Prospettive poche**

Ha trascorso tantissimi anni in carcere. All'epoca della condanna aveva 19 anni ed era tossicodipendente. All'inizio proprio non riusciva ad accettare la detenzione e si ribellava ad ogni tipo di regola. Durante la carcerazione ha subito un serio intervento al polmone ed oggi ha ancora notevoli problemi di respirazione. Per questo e altri seri problemi di salute ora è in cura presso un ospedale romano. Da un anno è libero, ma lotta ogni giorno per cercare un alloggio ed un lavoro. Oggi si ritrova da solo, una vera famiglia non l'ha mai avuta. E non ha avuto il tempo di formarne una, prima della carcerazione. Sta facendo le pratiche per avere la pensione di invalidità. Vive facendo piccoli lavori saltuari, anche perché non può sottoporsi a grandi fatiche. La sua esperienza in carcere lo ha segnato profondamente. Oggi L. ha ancora la residenza a Rebibbia e questo sarà un ulteriore problema per la domanda di invalidità, perché non lui non è più in carcere da un anno.

### **F. 48 anni. Vita difficile fin da bambino. E non finisce mai**

Da bambino ebbe la poliomielite. Viveva a Roma in borgata in una famiglia molto povera, problematica come tante. Senza il padre, viveva con i fratelli tutti tossicodipendenti. La madre pensò di metterlo in collegio. Quando è adulto F. si sposa, ha un bambino, ma presto si separa. Vive di espedienti, dorme in camere in subaffitto e lavora quando può, come posteggiatore abusivo. Ottiene anche la pensione di invalidità, ma poi comincia a bere e finisce per strada. La notte di Natale 2010 per strada fa talmente freddo che F. viene ricoverato in ospedale con un principio di congelamento. Quando esce dall'ospedale lo portano a dormire preso un centro di accoglienza del comune, finalmente al caldo. Ma proprio quella notte, la polizia lo arresta e lo porta a Regina Coeli, l'accusa è pesante. Trascorre in carcere 8 mesi, durante i quali riprende i contatti con il figlio quindicenne. L'avvocato, convinto della sua innocenza, ottiene gli arresti domiciliari presso un parente. Dopo qualche mese ottiene "l'obbligo della firma" ed ogni giorno esce per occuparsi della sua domanda di casa popolare e del figlio. C'è il rischio che debba tornare in carcere, se non riuscirà a trovare una sistemazione alloggiativa valida in poco tempo.

### **N. 40 anni. Prigione per piccoli furti. Ma perché penalizzare la famiglia?**

40 anni. Cittadina della Ex Jugoslavia, nata in Bosnia. Ha scontato una condanna a 2 anni e otto mesi per furto. Ha due figlie con cui, dopo sei mesi di detenzione, era riuscita a effettuare colloqui a Rebibbia, grazie all'intervento dei volontari che hanno garantito che erano davvero le sue figlie. A causa del sovraffollamento improvvisamente il 1° aprile di due anni fa è stata trasferita in carcere a Palermo. Da allora non ha più potuto vedere le figlie, per le difficoltà incontrate ad avere l'autorizzazione ed anche perché le figlie non avrebbero potuto sostenere i costi del viaggio fino in Sicilia. In seguito è riuscita a ottenere la detenzione domiciliare in una Casa famiglia ed ora è libera, ospite di un Istituto di Suore.

### **Superare l'emergenza è possibile, anche in tempo di crisi**

Come mostrano le storie, non è facile per i detenuti anziani essere accolti in strutture esterne, agli arresti domiciliari o col beneficio della sospensione della pena. Se sono fortunati l'ingresso avviene dopo diversi mesi di attesa, ma più spesso per uscire devono attendere la fine della pena.

Occorre tenere presente che una struttura residenziale (ad es. una RSA) che accolga un detenuto agli arresti domiciliari deve affrontare sia gli inconvenienti legati alla possibilità di frequenti controlli da parte della polizia, sia le difficoltà connesse con la gestione di un ex detenuto e della sua convivenza con altri pazienti/anziati.

La carenza di strutture non riguarda solo gli anziani o i malati, ma anche altre categorie di detenuti. Ad esempio i tossicodipendenti dopo i 40 anni difficilmente trovano comunità terapeutiche disposte ad accoglierli, mentre la condizione di alcolista costituisce per molti un ostacolo spesso insormontabile per l'accesso a qualsiasi tipo di struttura.

Vi sono poi persone con gravi disabilità, troppo giovani per essere collocate in RSA, ma troppo malate per stare in strutture sanitarie. Quindi diventano delle "situazioni bloccate" e sono costrette a restare in carcere. Oltre alla condanna penale, sono condannate anche a non poter usufruire di strutture che li curino in maniera adeguata, di nuovo una seconda pena.

Discorso a parte per i senza fissa dimora. In effetti le misure alternative sono concesse per legge a discrezionalità del giudice di sorveglianza. In alcuni casi assai rari, come è successo in Lombardia, il giudice ha concesso gli arresti domiciliari ad un senza dimora presso la panchina del parco dove dorme. Ma normalmente, persino nel caso di senza dimora alloggiati in roulotte, i giudici di sorveglianza sono poco propensi a concedere tali benefici. È chiaro che vanno ripensate tali misure alternative, al fine di garantire gli stessi diritti a chi ha un'abitazione e a chi non la possiede.

Come in molti altri casi la Comunità di Sant'Egidio ha sostenuto ed ha dimostrato (così nel caso degli anziani ed anche dei disabili) che l'istituzionalizzazione non è mai conveniente dal punto di vista delle politiche sociali, ma neanche da quello della spesa sociale. Restare a casa propria da anziani infatti allunga la vita e costa meno anche allo Stato. In precedenza si ricordava che il mantenimento in carcere di un detenuto oggi ha un costo che varia tra i 3.390 e i 4.140 euro al mese. Per quel detenuto che ne avesse i requisiti, quella cifra – o anche solo la metà o parte di essa – potrebbe essere spesa meglio ed utilizzata per consentirgli di farlo restare in una casa, anche con un'adeguata assistenza sanitaria o domestica domiciliare oppure per ospitarlo in una struttura, ma al di fuori del carcere.

È infatti altrettanto vero e facilmente dimostrabile che creare le condizioni per concedere le misure alternative al carcere potrebbe costare assai meno allo Stato ed avere un ritorno molto maggiore, anche in termini di investimento sociale.

Oggi più che mai i servizi sociali e gli enti locali non possono farsi trovare impreparati rispetto alle nuove sfide rappresentate dagli effetti dei provvedimenti deflattivi che intendono ridurre il fenomeno del sovraffollamento carcerario, attraverso la depenalizzazione e l'allargamento dei casi previsti per la fruizione delle misure alternative. È bene che i servizi sociali si attivino subito per dare attuazione caso per caso alle normative che verranno introdotte.

Va anche detto che la crisi economica ed i conseguenti tagli alla spesa sociale non possono costituire un alibi per gli enti locali per rinviare la gestione di problematiche sociali urgenti, in particolare nel campo dell'assistenza ai detenuti. Un caso emblematico da stigmatizzare è quello della mancata presentazione da parte di diverse Regioni, entro i termini di legge, del piano previsto per la chiusura degli OPG. Con le parole del Presidente della Repubblica Napolitano, si potrebbe dire che “in materia di carcere dovremmo tutti essere capaci ora di uno scatto, di una svolta, non fosse altro che per istinto di sopravvivenza nazionale”.

#### Alcune proposte

1. Potenziare le possibilità di accesso al lavoro interno ed esterno, come primo passo fondamentale per il reinserimento nella società, in modo da evitare che il detenuto trascorra lunghi periodi di inattività improduttiva in cella.
2. Attivare gli Enti locali, competenti in materia in base al DPR 616/1977 affinché venga data nuovamente attuazione alle misure previste dall'Ordinamento penitenziario in materia di azioni integrative di assistenza in favore delle famiglie dei detenuti (art. 45) e all'assistenza post-penitenziaria (art. 46).
3. Prevedere che i detenuti che hanno ottenuto la sospensione della pena perché affetti da malattie incompatibili con il regime carcerario, non debbano automaticamente rientrare in carcere nel caso di miglioramento della malattia. Sarebbe auspicabile una valutazione sia della situazione sanitaria complessiva che del residuo di pena da scontare che a volte è molto breve.
4. Garantire l'acquisizione della residenza anagrafica presso il carcere per i detenuti che l'abbiano persa, in modo da facilitare l'accesso ai diritti sociali e sanitari (ammissione in comunità terapeutica, in RSA, ecc.).
5. Dare immediata attuazione di quanto disposto dalla L. n. 9 del 17 febbraio 2012 riguardante il superamento degli OPG, con la presentazione del piano previsto da parte delle Regioni.
6. Creare piccole strutture socio-sanitarie a carico degli Enti locali, al fine di consentire di scontare la pena in misura alternativa a particolari categorie di detenuti da considerare più “fragili”: anziani, disabili, donne con bambini (in attesa della definitiva approvazione della Legge da tempo attesa), malati oncologici o affetti da patologie croniche e invalidanti.
7. Potenziare i posti disponibili per persone affette da disturbi psichici al di fuori dal carcere, in comunità terapeutiche e/o a doppia diagnosi.
8. Creare strutture apposite per senza dimora e prevedere che i magistrati di sorveglianza possono concedere misure alternative anche presso abitazioni di fortuna, in particolari situazioni.

**Campagna “Liberare i prigionieri in Africa”**, campagna di solidarietà con i detenuti africani dalle carceri italiane.

È partita nel 2009 la campagna “Liberare i prigionieri in Africa”, che ha coinvolto 5.000 detenuti di 80 istituti di pena italiani. La Comunità di Sant'Egidio ha chiesto loro di fare un gesto di solidarietà nei confronti dei detenuti africani. Gli incontri organizzati dai volontari di Sant'Egidio all'interno delle carceri sono serviti a descrivere le condizioni in cui si trovano a vivere i detenuti in Africa: spazi angusti e sovraffollati, in cui si dorme per terra, spesso nel fango, in condizioni igieniche pessime, grande carenza di cibo e medicine. Molti restano in carcere solo perché non hanno possibilità di pagare un avvocato o per pagare la tassa per la liberazione. In un tempo come questo in cui la crisi economica porterebbe a pensare solo a sé, i detenuti italiani hanno avuto la possibilità di fare qualcosa per chi stava peggio di loro.

Dando ognuno quanto poteva, hanno scoperto che con pochi euro si può fare molto. Finora hanno raccolto 13.000 euro, somma che è stata destinata alla realizzazione di diversi microprogetti: in Guinea Conakry è stato fornito un aiuto alimentare a più di 1000 persone, e si è riusciti a pagare le visite mediche per diversi ammalati; in Mozambico è stato distribuito il sapone a 4.000 prigionieri di 10 istituti di cui sono state ristrutturare 12 latrine e dai quali sono stati liberati 20 prigionieri, pagando un'apposita cauzione; e in Camerun sono state distribuite coperte e 100 stuoie per la notte e sono stati liberati 50 detenuti, pagando la cauzione.

La campagna “Liberare i prigionieri in Africa” non finisce. C'è ancora molto da fare e molti detenuti stanno scoprendo che essere solidali, tanto più in un periodo non facile anche per chi si trova in carcere in Italia, è un grande gesto di libertà e restituisce la dignità che spesso viene negata a chi è recluso.

<sup>1</sup> Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale – Sezione Statistica.

<sup>2</sup> Morire di carcere: dossier 2002 – 2003, I suicidi in ambito penitenziario, Ristretti orizzonti – [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it).

<sup>3</sup> Morire di carcere: dossier 2000 – 2011, Ristretti orizzonti – [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it).

<sup>4</sup> Senato della Repubblica, Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani, Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia, 16 marzo 2012.

<sup>5</sup> Ristretti orizzonti, Dossier lavoro in carcere 2011. Elaborazioni dei dati riportati sulla Relazione presentata alla Camera dei Deputati dal Ministro della Giustizia sullo svolgimento da parte dei detenuti di attività lavorative o di corsi di formazione professionale per qualifiche richieste da esigenze territoriali (Anno 2011), 28 dicembre 2011.

<sup>6</sup> Elaborazioni [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it) su dati DAP, si veda in particolare [www.ristretti.it/commenti/2011/aprile/pdf/costo\\_carceri.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2011/aprile/pdf/costo_carceri.pdf), ed anche [http://associazioni.centropoggeschi.org/costo\\_carceri.pdf](http://associazioni.centropoggeschi.org/costo_carceri.pdf)

<sup>7</sup> Art. 45. Assistenza alle famiglie. “Il trattamento dei detenuti e degli internati è integrato da un'azione di assistenza alle loro famiglie. Tale azione è rivolta anche a conservare e migliorare le relazioni dei soggetti con i familiari e a rimuovere le difficoltà che possono ostacolare il reinserimento sociale. È utilizzata, all'uopo, la collaborazione degli enti pubblici e privati qualificati nell'assistenza sociale”.

<sup>8</sup> Art. 83 del Regolamento.

<sup>9</sup> Art. 46. Assistenza post-penitenziaria. “I detenuti e gli internati ricevono un particolare aiuto nel periodo di tempo che immediatamente precede la loro dimissione e per un congruo periodo a questa successivo”. Il definitivo reinserimento nella vita libera è agevolato da interventi di servizio sociale svolti anche in collaborazione con gli enti indicati nell’articolo precedente. I dimessi affetti da gravi infermità fisiche o da infermità o anormalità psichiche sono segnalati, per la necessaria assistenza, anche agli organi preposti alla tutela della sanità pubblica.

<sup>10</sup> Artt. 75 e 76.

<sup>11</sup> Cfr. D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, artt. 17, 22 e 23 (in riferimento all’art. 38 della nostra Costituzione).

<sup>12</sup> Di Gennaro, M. Bonomo, R. Breda *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano 1987, p. 426.

<sup>13</sup> Delibera del Consiglio Comunale del 29 luglio 1997 n. 154, art. 1.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> *Ibidem*, art. 9.

<sup>16</sup> Piano Cittadino per il Carcere 2004 – 2005 – 2006, p. 153.

<sup>17</sup> *Ibidem* p. 161.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> Si vedano le notizie riportate su [www.pid-online.it](http://www.pid-online.it).

<sup>20</sup> Comunità di Sant’Egidio, *Dove mangiare, dormire, lavarsi*, Edizione 2012 – Sez. Assistenza per detenuti ed ex detenuti, pp. 116-117.

<sup>21</sup> *Ibidem*, 2012 – Sez. Servizi, centri e comunità per alcolisti e tossicodipendenti, pp. 146-150.

## Riferimenti, fonti e documenti consultati

Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, *La rete dei servizi di salute mentale del Lazio: dimensione dell’offerta e dotazione di personale*, Roma 2006.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *L’attività di ricovero ordinario e di Day-Hospital nei reparti psichiatrici del Lazio - Anno 2010*, Roma giugno 2011.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *Presentazione della rete dei servizi di salute mentale del Lazio: dimensione dell’offerta e dotazione di personale*, Roma 2006.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *Rapporto sull’attività dei Centri di Salute Mentale del Lazio. Anteprima 2009-2010*, Roma luglio 2011.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *Rapporto sull’attività dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Strutture Residenziali terapeutico-riabilitative del Lazio. Anno 2008*, Roma 2010.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *Salute Mentale nella popolazione straniera del Lazio nel 2007*, Roma 2008.

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, *Rapporto sullo stato di salute della popolazione anziana nel Lazio*, 2003, p. 21.

Agenzia per il terzo settore, *Linee guida sulla definizione di criteri e di modelli per la partecipazione del terzo settore alla determinazione delle politiche pubbliche a livello sociale*, novembre 2011.

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Washington, DC. 2005, (1a ed. 1994) <http://www.psych.org/practice/dsm>.

Andreoli V., *Un secolo di follia*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 1998.

Argoud D., *Prévenir l’isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Dunod, Paris 2004.

Avolio M., Carchedi G., de Belvis A. G., Giuriato L., Ricciardi Walter., *Reti sociali e stato di salute negli anziani: sono efficaci?*, in Servizi Sociali oggi n. 6/2010.

Babini V. P., *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.

Basaglia F. (a cura di), *L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2010 (1<sup>a</sup> ed. 1968).

Berdini P., Nalbone D., *Le mani sulla città*, Edizioni Alegre, 2011.

Bergheim S., *Measures of well-being*, Deutsche Bank Research, Frankfurt am Main 2006.

Berkman L.F., *Which influences cognitive function: living alone or being alone?*, in “The Lancet” vol. 355, 15 aprile 2000.

Berlinguer G., Della Seta P., *Borgate di Roma*, Editori Riuniti, Roma 1960.

Bracalenti R., Montuori M. A., Saraceno M., Staderini D., Wuallman S., *Esquilino Pigneto. Due sistemi urbani a confronto*, Edup Editore, Roma 2009.

Cacioppo John T., Patrick W., *Solitudine. L'essere umano e il bisogno dell'altro*, il Saggiatore, Milano 2009.

Casa Al Plurale, *Quanto costa una casa famiglia per persone disabili. Note sui prospetti*, dicembre 2011.

Censis e Regione Lazio, *Secondo Rapporto sui servizi sociali nel Lazio*, 2010.

Censis, *I tumori in Italia. I bisogni e le aspettative dei pazienti e delle famiglie (sintesi dei risultati)*, Roma 2011.

Censis, *I tumori in Italia. I bisogni e le aspettative dei pazienti e delle famiglie*.

Censis, *Indagine Fbm (Forum per la ricerca Bio Medica)*, 2012.

Censis, *La dimensione nascosta delle disabilità. Terzo rapporto di ricerca*, febbraio 2012.

Censis-Forum per la Ricerca Biomedica, *Quale sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in sanità?*, Roma 2011, p. 11.

CGIL-SUNIA. *La crisi economica acuisce il fenomeno degli sfratti per morosità. Rapporto sull'incidenza della crisi economica sugli sfratti – Anno 2009*.

Cirri M., *A Colloquio. Tutte le malattie al centro di salute mentale*, Feltrinelli, Milano 2009.

Commissione delle Comunità Europee, *Libro verde - Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, Documento COM (2005) 484, Bruxelles 2005.

Commissione delle Comunità Europee, *Mental Health, Rapporto speciale "Eurobarometro" 248, Wave 64.4*, TNS Opinion & Social, Brussels 2006.

Commissione delle Comunità Europee, *Mental Health, Rapporto speciale "Eurobarometro" 345, Wave 73.2 – TNS Opinion & Social*, Brussels 2010.

Commissione Europea, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles 2009.

Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani del Senato, *Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia*, 16 marzo 2012.

Comunità di Sant'Egidio, *Dove mangiare, dormire, lavarsi*, edizione 2012.

Comunità di Sant'Egidio, *"Viva gli Anziani!" Un servizio innovativo per nuovi scenari demografici e urbani*, Maggioli Editore, 2010.

Comunità di Sant'Egidio, *Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio*, Leonardo International, Milano 2011.

Corbellini G. e Jervis G., *La razionalità negata, Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

Corriere della Sera, *"Urbanistica. Sopralluogo di docenti e architetti ai confini delle tenute di Vaselli. Viaggio a Tor Bella Monaca: insospettabili pregi del mostro"*, 14 novembre 2010.

Cristini C., Rizzi R., Zago S., *La vecchiaia tra salute e malattia. Aspetti biologici, psicologici e sociali*, Pendagrone, Rastignano (BO) 2005.

Cutini R., *Il Programma "Viva gli anziani!"*, monitoraggio attivo sul territorio per prevenire le emergenze, In Servizi Sociali oggi n. 3/2010.

Cutini R., Pompei D., *"Viva gli anziani!" un programma innovativo nel centro storico di Roma. In Welfare locale, azioni di sistema, territori governance*, in La Rivista delle Politiche Sociali, n. 2 aprile-giugno 2005.

Cutini R., Pompei D., *Ondate di calore: il ruolo protettivo delle reti di prossimità. Il Programma sperimentale "Viva gli Anziani!"*, in Seminario Ministero della salute Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Roma, 15-16 novembre 2007. *Sistema nazionale di sorveglianza ondate di calore e programmi di prevenzione*, Risultati estate 2007. Pubblicato sul sito: [http://www.ccmnetwork.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area3/seminario\\_caldo/Cutini16Nov2007.pdf](http://www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area3/seminario_caldo/Cutini16Nov2007.pdf)

Cutini R., Pompei D., *Seminario Ministero della Salute, Sanit 2007, La prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore*, 18 aprile 2007, Prevenzione dell'isolamento sociale. Pubblicato sul sito [http://www.ministerosalute.it/emergenzaCaldo/documenti/Pompei\\_Convegno\\_Sanit.pdf](http://www.ministerosalute.it/emergenzaCaldo/documenti/Pompei_Convegno_Sanit.pdf)

Cutini R., Scarcella P., Work seminar of Healthy Ageing Project, Roma 22-23 gennaio 2007, *Experimental Programme "Viva Gli Anziani!" "Long Live the Elderly!" For preventing social isolation and mortality of elderly people in two areas of the historical centre of Rome*.

Cutini R., Zuccari F., *Analisi e attivazione delle reti sociali degli anziani. Un servizio pilota a Roma*, in La Rivista di Servizio Sociale. n. 4 dicembre 2004.

Cutini R., Pompei D., Inzerilli M. C., *Il Progetto "Viva gli Anziani!" della Comunità di Sant'Egidio. Un programma sperimentale nel centro storico di Roma*, in Reti di sostegno domestico per l'abitare indipendente degli anziani, Abitare e Anziani informa, n. 5/6 2005.

De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al, *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH*, in "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" n. 4. 2005, anche in <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>

Dell'Acqua P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico dei servizi*, Feltrinelli, Milano 2010.

Delre G. "Il Sole 24 Ore", *Roma, caserme per l'invenduto* 4 aprile 2011 p. 10.

Di Gennaro, M. Bonomo, R. Breda, *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano 1987.

Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *Guida ai servizi, Opuscolo informativo*, Trieste 2010.

Eurostat Statistical books, Atkinson Anthony B. and E. Marlier (Edited by), *Income and living conditions in Europe*, Luxembourg 2010.

Eurostat, *Démographie européenne, 502, 5 millions d'habitants dans l'UE 27 au 1<sup>er</sup> janvier 2011* Communiqué de presse 110/2011 - 28 luglio 2011.

Ferrarotti F., Macioti M. I., *Periferie. Da problema a risorsa*, Sandro Teti Editore, Roma 2009.

Ferrarotti F., *Roma da Capitale a periferia*, Laterza, Bari 1974.

Ficacci S., *Tor Pignattara, Fascismo e Resistenza di un quartiere romano*, Franco Angeli, Milano 2007.

Fishman Ted C., *È un pianeta per vecchi, Generazione contro generazione, azienda contro azienda, nazione contro nazione: i conflitti scatenati dall'invecchiamento della popolazione mondiale*, Novi Mondi Editore 2010.

Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2011 (1ª ed. 1973).

Furedi F., *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, Feltrinelli, Milano 2005.

Gicca Palli F., *A me chi mi cura? Un'odissea nella salute mentale*, Armando Editore, Roma 2004.

Gioncada M., Trebeschi F., Mirri P.A., *Le rette nei servizi per persone con disabilità ed anziane. La partecipazione al costo dei servizi residenziali, diurni e domiciliari*, Maggioli Editore, marzo 2012.

Goldberg E., *Il paradosso della saggezza. Come la mente diventa più forte quando il cervello invecchia*, Ponte delle Grazie, Milano 2005.

Greco M. I., *Capire la psichiatria. Manuale introduttivo*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN) 2009.

Gruppo di lavoro OsMed, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2011.

Gruppo di lavoro OsMed, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2009*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2010.

Gruppo di lavoro OsMed, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2011*, Roma 2011, in [http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/OsMed/OsMed\\_gen-sett2011.pdf](http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/OsMed/OsMed_gen-sett2011.pdf)

Insolera I., *Roma Moderna, da Napoleone I al XXI secolo*, Einaudi, Torino 2011.

Inzerilli M.C. Madaro O., *La casa come alternativa al ricovero: le proposte della Comunità di Sant'Egidio / Housing solutions alternatives to institutionalization: the proposals of the Comunità di Sant'Egidio*, in AeA Informa n. 2 – 2011 “Cohousing e soluzioni innovative per la terza età.

IreR, *Anziani: stato di salute e reti sociali, un'indagine diretta sulla popolazione anziana della Lombardia*, Ed Guerini e Associati, Milano 2000.

Irer, *Equilibri fragili. Vulnerabilità e vita quotidiana delle famiglie lombarde*, Unicopli, Milano 2003.

ISTAT, *I presidi residenziali socio assistenziali e socio-sanitari*, Statistiche report, 9 febbraio 2012.

ISTAT, *Indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Roma 2008, <http://www.istat.it/it/archivio/10836>.

ISTAT, *Rapporto sulla coesione sociale*, 2011.

Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto nazionale - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia 2010: depressione*, Roma 2011, <http://www.epicentro.iss.it/passi/R2010Depressione.asp>

Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1997 (1ª ed. 1975).

Madia M. (a cura di), *Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società*, Il Mulino Arel, Bologna 2007.

Marazzi M. C., Scarcella P., Palombi L., Magnano San Lio M., Cutini R., Briziarelli L., *Le politiche di sanità pubblica di fronte alle sfide demografiche*, in “Educazione sanitaria e Promozione della salute”, vol. 30, n. 2, aprile-giugno 2007.

Mathers C. D. e Loncar D., *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, in “Plos Medicine”, November, vol. 3, n. 11, 2006. [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Rapporto sulla coesione sociale*, Sistema Statistico Nazionale, Roma 2011.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Secondo Rapporto sulla non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*, novembre 2011.

Ministero dell'Interno, *Osservatorio sugli sfratti*, Anno 2010.

Ministero della Salute, *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati – ICD10*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma 2009, <http://www3.istat.it/strumenti/definizioni/malattie.pdf>

Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale*, Roma 2008, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf)

Ministero della Salute, *Piano sanitario nazionale 2011-2013 - Bozza*, Roma 2011, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf)

Ministero della Salute, *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli di assistenza, Anno 2008-2009*, Roma novembre 2011.

Ministero della Salute, *Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale*, Roma 2002.

Ministero della Salute, *Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*, Roma 2011.

Ministero della Sanità, *Linee-guida per le attività di riabilitazione*, in GU 30 maggio 1998, n. 124.

Murray C. J. L. (a cura di), *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1992.

N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 2° Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, 2010.

OECD, *The Future of Families to 2030, A synthesis Report*, 2011.

Ongaro Basaglia F. (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.

Ongaro F. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano 2002.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2010 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma 2011.

Pearce F., *Il pianeta del futuro. Dal baby boom al crollo demografico*, Bruno Mondadori 2010.

Pesaresi F. Gori C., *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Centro Maderna, 2004, <http://www.centromaderna.com/file/pesaresi.PDF>

Pompeo F., Pigneto-Banglatown, *Migrazioni e conflitti di cittadinanza in una periferia storica romana*, Meti Edizioni, Roma 2011.

Priori A., *Romer probashira, Reti sociali e itinerari transnazionali bangladesi a Roma*, Meti Edizioni, Roma 2012.

Provincia di Roma, *Servizio Inserimento Lavorativo Disabili. Dati amministrativi*, Anno 2011.

Quotidiano sanità.it, *Dossier sulla non autosufficienza*, marzo 2012.

Regione Lazio, *Piano Sanitario regionale 2010-2012*, Roma 2009, in [http://www.regione.lazio.it/binary/web/home\\_news/PSR.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/web/home_news/PSR.pdf)

Regione Lazio, *Tassonomia delle strutture e dei servizi socio-assistenziali del Lazio*, giugno 2010.

Ristretti orizzonti, *Dossier lavoro in carcere 2011. (Dati riportati sulla Relazione presentata alla Camera dei Deputati dal Ministro della Giustizia sullo svolgimento da parte dei detenuti di attività lavorative o di corsi di formazione professionale per qualifiche richieste da esigenze territoriali, Anno 2011)*, 28 dicembre 2011.

Ristretti orizzonti, *Morire di carcere: dossier 2000 – 2011*, [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

Ristretti orizzonti, *Morire di carcere: dossier 2002 – 2003, I suicidi in ambito penitenziario*, [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

Roma Capitale, Assessorato Promozione dei servizi sociali e della salute, *Piano Regolatore Sociale 2011 – 2015*, gennaio 2012.

Santoro F., *Quando gli psicofarmaci bisogna proprio prenderli*, Dipartimento di Salute Mentale, Trieste 2007. <http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/libri/doc/psicofarmaci.pdf>

Scarpelli F., *Il Rione incompiuto, antropologia urbana dell'Esquilino*, Cisu edizioni, Roma 2009.

Schirmacher F., *Il complotto di Matusalemme. Come prepararsi a vivere in un mondo di ultrasettantenni*, Mondadori, Milano 2006.

Sirleto F., *La storia e le memorie*, Edizione Viavai, Roma 2002.

Starace F. (a cura di), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Carocci Faber Roma 2011.

SUNIA-SICET-UNIAT Segreterie generali dei sindacati inquilini, *“Sfratti non più. Giornata di mobilitazione nazionale contro gli sfratti”*, 13 dicembre 2011.

Unione delle Province Italiane del Lazio-Eures, *Rapporto sullo stato delle Province del Lazio*, Roma 2011.

Vando F., *Esquilino dei mondi lontani, Caritas diocesana di Roma*, Edizioni Idos, Pomezia 2007.

Vidotto V., *Roma contemporanea*, Laterza, Bari 2006.

Wittchen H. U. e altri, *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, in “European Neuropsychopharmacology”, 21 - 2011, 655–67.

World Health Organization - Regional Office for Europe, *Impact of Economic Crises on Mental Health*, Copenhagen 2011.

World Health Organization - Regional Office for Europe, *Mental health: facing the challenges, building solutions, Report from the WHO European Ministerial Conference*, Helsinki 2005.

World Health Organization, *Investing in Mental Health, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, Ginevra 2003.



APPUNTI

---

APPUNTI

---

APPUNTI

---

APPUNTI

---

APPUNTI

---

APPUNTI

---

Finito di stampare nel mese di settembre 2012  
Stampato in Italia - Printed in Italy