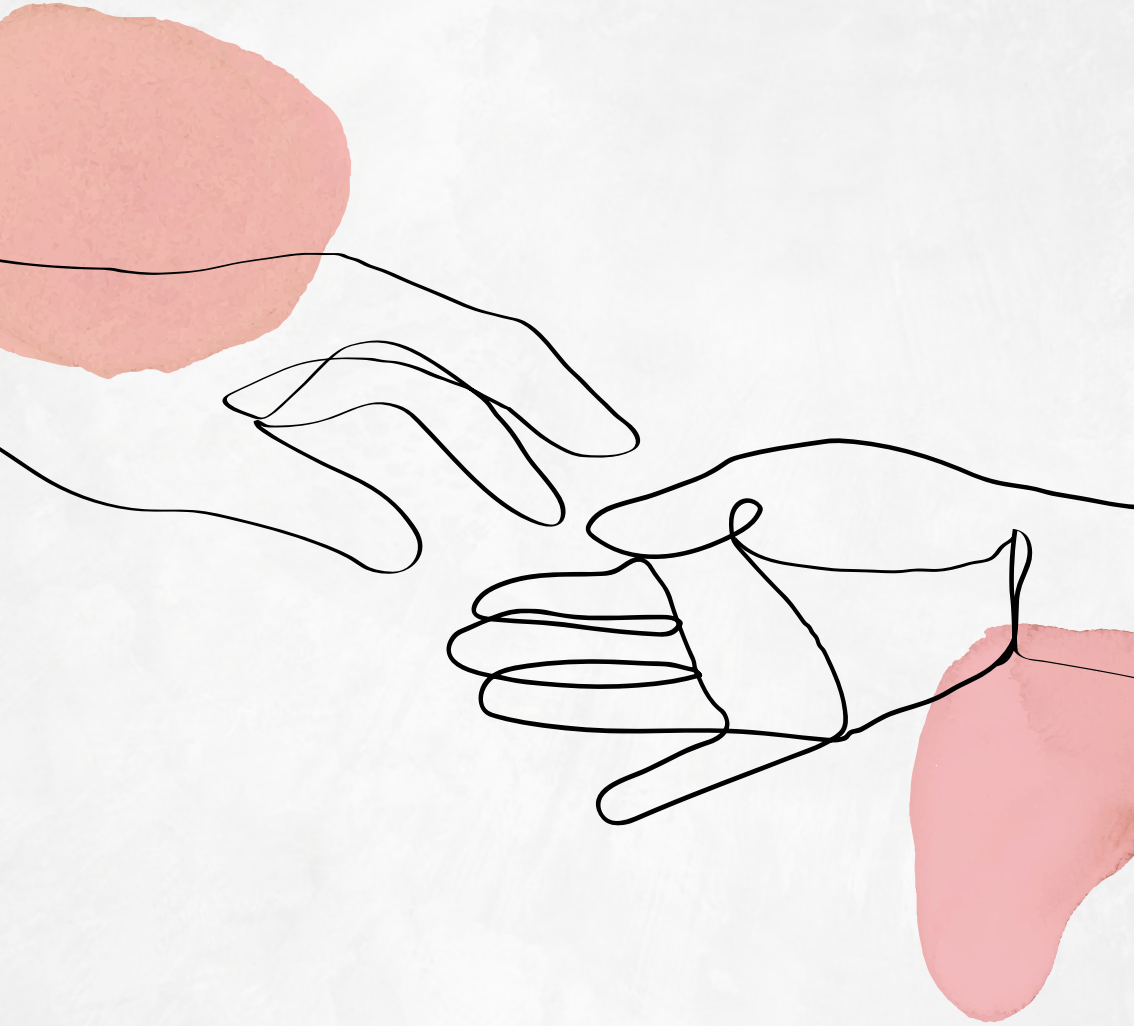
# Piano Operativo
# Linee Guida

## *Castle: social care ed empowerment di rete*



UNIONE EUROPEA

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE 2014-2020
Castle: social care ed empowerment di rete
FAMI 2014-2020 - OS 2 Integrazione / Migrazione legale
ON 3 - Capacity building - Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
PROG-3046 - CUP D11E19000090006

MINISTERO DELL'INTERNO

# Piano Operativo
# Linee Guida

*Castle: social care ed empowerment di rete*

# SOMMARIO

**1 Territorio di riferimento e la rete dei servizi** **5**

Il contesto territoriale 5

La rete dei servizi 10

**2 Il Piano di lavoro Castle** **19**

Il primo contatto con l'utente 21

Unità Valutativa Multidisciplinare e Progetto di Vita Personalizzato 24

Il ruolo delle organizzazioni del terzo settore coinvolte 26

Condivisione del modello con altri attori del territorio 27

Follow-up, monitoraggio e programmazione 28

**Glossario** **31**

**Documentazione allegata:** scheda colloqui accoglienza **38**

# 1. IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

## Il contesto territoriale

L'ambito territoriale in cui si colloca il Distretto socio-sanitario RM6.2 comprende i sei comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio e Nemi.

Tutta la zona rientra nell'area che viene chiamata dei Castelli Romani, con cui si indica un insieme di paesini o cittadine situati nei cosiddetti "Colli Albani", molto vicini alla città di Roma, nella parte sud-est. Pur essendo costituita da 6 paesi ben distinti tra loro, sussistono alcune caratteristiche comuni a tutta la zona che, in certi aspetti la rendono omogenea. Sono comuni che fanno parte tutti dell'hinterland della provincia di Roma e, come qualsiasi altra area provinciale del nostro Paese, negli ultimi anni (tra il 1981 ed il 2016) hanno subito un forte incremento demografico, dovuto ad un generale processo di deurbanizzazione e/o di urbanizzazione diffusa che ha colpito le grandi aree urbane del nostro Paese.

Occorre sottolineare, però, che i comuni rientranti nell'area dei Castelli Romani non sono nati grazie al processo di inurbamento sopra descritto, in quanto sono comuni antichi, con una loro storia ben definita e con una propria identità sociale. Il processo di inurbamento ha solo ampliato questo territorio ed aumentato la popolazione residente, anche

grazie alla sua vicinanza con la Capitale ed ai migliori collegamenti verso Roma, che ne fanno un polo di attrazione.
L'area del Distretto RM6.2 si estende complessivamente su una superficie di kmq 126,42, con ampie diversità di estensione al suo interno rappresentate dal Comune di Lanuvio e Nemi.
Il Distretto RM6.2 risulta essere uno dei più popolosi di tutta l'area dei Castelli, con una popolazione al 31.12.2018 di n. 107.693 abitanti, su un'estensione di Kmq. 126,42 (fonte: Piano Sociale di Zona 2020).

**Tab. 1 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO ROMA 6.2**
**Popolazione residente e residenti stranieri per comuni**

| Comuni | Popolazione residente tot. | Residenti stranieri | | Residenti di Paesi Terzi | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | v.a. | % su tot. residenti | v.a. | % su tot. stranieri | % su tot. residenti |
| Albano Laziale | 39.611 | 3.832 | 9,7 | 1663 | 35,8 | 3,5 |
| Genzano di Roma | 23.123 | 1.975 | 8,5 | 494 | 32,6 | 2,7 |
| Ariccia | 18.187 | 1.562 | 8,6 | 465 | 46,2 | 4,5 |
| Lanuvio | 13.219 | 1.353 | 10,2 | 244 | 21,6 | 2,1 |
| Castel Gandolfo | 8.722 | 792 | 9,1 | 158 | 31 | 2,8 |
| Nemi | 1.862 | 173 | 9,3 | 30 | 40,7 | 4,5 |
| Totale | 104.724 | 9.687 | | 3.054 | 34,8 | 3,3 |

Per quanto riguarda la popolazione straniera residente, si registrano quasi 10.000 unità, pari al 9,2% del totale (vedi tab.1). È notevole la frammentazione delle nazionalità presenti (oltre 100 ad Albano), feno-

meno presente, ancora più accentuato, nella vicina Capitale. Spicca comunque l'Albania, primo paese non UE con 552 unità, pari al 15,9% sul totale (vedi tab.2), a cui seguono l'Ucraina (9,8%) e l'India (8,9%).

**Tab. 2 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.2**
**Residenti dei Paesi Terzi per cittadinanza: primi 15 Paesi**

| | Cittadinanza | v.a. | % su tot. popolazione | % donne |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Albania | 552 | 15,9 | 51,1 |
| 2 | Ucraina | 339 | 9,8 | 80,8 |
| 3 | India | 308 | 8,9 | 42,5 |
| 4 | Egitto | 210 | 6,1 | 36,2 |
| 5 | Cina | 191 | 5,5 | 54,4 |
| 6 | Bangladesh | 176 | 5,1 | 22,7 |
| 7 | Moldova | 161 | 4,6 | 68,3 |
| 8 | Tunisia | 120 | 3,5 | 39,2 |
| 9 | Pakistan | 140 | 4 | 34,3 |
| 10 | Perù | 104 | 3 | 52,9 |
| 11 | Marocco | 104 | 3 | 41,3 |
| 12 | Brasile | 83 | 2,4 | 77,1 |
| 13 | Filippine | 79 | 2,3 | 72,1 |
| 14 | Turchia | 69 | 2 | 43,5 |
| 15 | Macedonia | 59 | 1,7 | 45,8 |

(Fonte: Elaborazione su dati ISTAT al 31.12.2018)

I fattori di attrazione sul territorio sono anch'essi in buona parte connessi alla vicinanza della Capitale:

- opportunità di lavoro a Roma (pendolarismo), ma anche sul territorio;
- alloggio a basso costo e presso strutture di accoglienza;

- catene migratorie e ricongiungimenti familiari che rafforzano la presenza di alcune comunità sul territorio;
- chiamata da congregazioni religiose.

L'inserimento lavorativo, che avviene per lo più nei settori dell'edilizia, del lavoro domestico e di cura, del commercio e nel settore agricolo, si presenta caratterizzato dalle note "specializzazioni etniche[1]" - come quella degli uomini albanesi nell'edilizia, delle ucraine nel lavoro domestico, degli indiani nel settore agricolo, di egiziani e cinesi nel commercio e ristorazione[2] - ed è per una parte significativo, precario ed in nero[3].
La precarietà lavorativa è spesso legata all'irregolarità della presenza, che penalizza anche l'inserimento abitativo e scolastico[4], aggravando il disagio economico e sociale e la fragilità. La scarsa conoscenza dei propri diritti all'assistenza sanitaria, in primo luogo al codice STP[5],

1 M. Ambrosini, *Utili invasori. L'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro italiano.* Milano, Angeli, 1999.
2 M. Ambrosini, *Utili invasori. L'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro italiano*. Milano, Angeli, 1999.
3 La consistenza del lavoro irregolare è emersa anche dalle testimonianze raccolte tra gli attori dell'intervento e i cittadini stranieri stessi nell'ambito del progetto *Castle* (azioni di mappatura dei servizi, sperimentazione dell'accoglienza, formazione).
4 Sui mancati inserimenti scolastici che abbiamo riscontrato incide la non conoscenza, tra la popolazione straniera, dell'obbligo scolastico a cui sono soggetti i minori anche qualora i genitori siano irregolarmente soggiornanti (D.Lgs. 286/98, art. 38, co.1), con esclusione dell'obbligo di esibizione del permesso di soggiorno (D.Lgs. 286/98, art. 6, co. 2), nonché il diritto all'iscrizione in qualunque periodo dell'anno (DPR 394/99 e successive modifiche, art. 45). La pandemia da Covid con la restrizione dei movimenti sul territorio ed i relativi controlli, ha rappresentato per alcuni un ulteriore ostacolo all'iscrizione scolastica, soprattutto nei casi in cui non è stata accettata l'iscrizione presso le scuole vicine all'abitazione.
5 Il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) dà diritto ai cittadini di paesi non UE sprovvisti di permesso di soggiorno di accedere ad "ogni cura medica urgente o comunque essenziale, ancorché in via continuativa, per malattie ed infortuni", oltre ai programmi di medicina preventiva; vedi "Glossario", punto 4 del presente documento. Nel caso invece dei minori stranieri in condizioni di irregolarità, vige dal 2017 il diritto ed obbligo di iscrizione al SSN a parità con i cittadini italiani, ai sensi del D.P.C.M del 12/1/ 2017, che consente quindi l'acquisizione del pediatra di libera scelta.

emersa dalla indagine di mappatura *Castle*, è un ulteriore aspetto aggravante, e rivelatore, della condizione di fragilità. Alcune comunità si sono stabilizzate nella società locale; tra gli indicatori di questo fenomeno, si considera il relativo equilibrio tra la componente maschile e femminile. L'analisi per genere mostra a questo riguardo un maggiore bilanciamento nella comunità albanese (donne 51,1%), seguita da quella peruviana e cinese; un forte divario si registra al contrario nella comunità ucraina (donne 80,8%), mentre la componente maschile risulta più elevata tra i cittadini del Bangladesh (77,3%; vedi tab. 2 per le altre nazionalità). Per quanto riguarda la più numerosa comunità albanese, l'inserimento lavorativo e le condizioni socioeconomiche risultano mediamente buone, come evidenziano studi nazionali e locali (vedi A. Ricci, *La comunità albanese a Roma e nel Lazio*, 2018). Alcuni cittadini albanesi intervistati nell'indagine di mappatura *Castle* hanno segnalato comunque la criticità dal fenomeno dei minori non accompagnati e della migrazione di donne incinte o per motivi sanitari, la quale spesso si traduce in situazioni di grave disagio per la scarsa conoscenza di diritti e servizi.

Una forte vulnerabilità psicosociale è emersa nei giovani indiani, analfabeti o di basso livello di istruzione, generalmente irregolarmente presenti, impiegati in nero e pesantemente sfruttati nel settore agricolo, tra i quali risultano diffusi problemi di tossicodipendenza[6].

Riguardo alla popolazione ucraina, in merito alla quale era stato segna-

6 Testimonianza raccolta presso i servizi di salute mentale del distretto; nella vicina provincia di Latina il fenomeno è stato rilevato e analizzato dal sociologo Marco Omizzolo, docente anche per *Castle*, a partire dal 2014 (dossier *Doparsi per lavorare come schiavi,* www.inmigrazione.it). Nel distretto RM6.2 la presenza di residenti indiani risulta particolarmente rilevante, oltre che sul nel territorio di Albano, nei comuni di Lanuvio e Genzano dove risulta che gli indiani rappresentano rispettivamente la prima e seconda nazionalità non UE (elaborazione su dati ISTAT al 31/12/2018).

lato il disagio di alcune donne che lavorano come "badanti" fisse, dequalificate rispetto al proprio livello di istruzione, in condizioni di isolamento sociale e sradicamento dal nucleo familiare, si presenta oggi la maggiore criticità della immigrazione dei profughi, prevalentemente donne con minori, che hanno vissuto, e vivono ancora a distanza, il trauma della guerra. In relazione a questo problema nell'ambito di *Castle* è stato prodotto l'opuscolo "*Quando la paura continua*", vademecum che esplicita le più comuni reazioni e le strategie per fronteggiare il disturbo da stress post-traumatico. Le associazioni della rete sostengono questa recente immigrazione con l'orientamento ai servizi, la consulenza legale per l'accesso ai diritti, la mediazione linguistico-culturale, l'inserimento lavorativo.

### La rete dei servizi

I servizi erogati in favore dei cittadini di Paesi Terzi con fragilità psico-socio-sanitaria sono erogati, a livelli diversi, da:

- enti pubblici: ASL, Comuni
- enti privati: Terzo settore e privato sociale.

Di seguito gli enti mappati dal progetto *Castle*[7]:

7 Per segnalazioni e inserimento di ulteriori enti contattare castelli@csvlazio.org.

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| Punto Unico di Accesso | Distretto H2 | Previo appuntamento | pua.dh2@aslroma6.it |
| Consultorio familiare | Distretto H2 | Accesso diretto | |
| UOS Cure intermedie CAD | Albano Laziale | La richiesta di accesso deve essere fatta sul modulo unico aziendale dal medico di medicina generale e/o medico specialista e consegnata al Punto Unico di Accesso | Per assistenza infermieristica 06.93273373 Per assistenza riabilitativa 06.93273383 Per assistenza sociale 06.93273382 |
| UOS Cure Primarie | Albano Laziale | | 06.93273370 (12.00-13.00) sceltarevocamedico.dh2@aslroma6.it esenzioni.dh2@aslroma6.it |
| DIP. Salute Mentale e Dipendenze patologiche | Albano Laziale e Comuni afferenti | Su appuntamento | 06.93273112 salute.mentale@aslroma6.it |
| Centro Salute Mentale | Ariccia | Accesso libero e diretto per la prima accoglienza previa prenotazione | csm.ariccia@aslroma6.it |
| SerD Servizio Dipendenze | Genzano | Accoglienza diretta | serd.genzano@aslroma6.it |
| Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in età evolutiva | Ariccia | Accesso diretto | tsmree.ariccia@aslroma6.it |
| Centro Antifumo Aziendale DSM-DP | Albano Laziale | Su prenotazione | 06.93273116 / 4680 / 5565 Dal lunedì al venerdì 9.00-13.00 |
| Centro Primo livello HIV | Albano Laziale | Su prenotazione | |

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| Vaccinazioni | Presidio territoriale di Ariccia | Su appuntamento telefonico | vaccinazionidh2@aslroma6.it |
| Nuovo Ospedale dei Castelli | Ariccia | | http://ospedaledeicastelliromani.it/ |
| Servizi sociali | Comune di Nemi | Si riceve su appuntamento<br>lunedì 15.30-17.30<br>martedì 15.30-16.30 | 06936501207<br>servizisociali@comunedinemi.rm.gov.it |
| Servizi sociali | Comune di Lanuvio | Si riceve su appuntamento<br>lunedì 10.00-13.30<br>mercoledì15.30-17.30 | servizi.sociali@comune.lanuvio.rm.it<br>06.93789209 |
| Servizi sociali | Comune di Genzano | Chiamare per appuntamento | servizisociali@comune.genzanodiroma.roma.it<br>06.93711.202/248<br>06.93711380 |
| Servizi sociali | Comune di Castel Gandolfo | Martedì e giovedì 15.30-17.30<br>previo appuntamento | 06.935918227/204/226<br>06.935918204<br>mariacristina.nardini@comune.castelgandolfo.rm.it |
| Servizi sociali | Comune di Ariccia | Previo appuntamento<br>lunedì e mercoledì 9.00-11.00 | 06.93485239 /240<br>Numero Verde 800.001.077<br>per il servizio di Segretariato sociale 379.1015579<br>pronto intervento sociale (PIS) |

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| Servizi sociali | Comune di Albano | Previo appuntamento martedì mercoledì e venerdì 8.30-11.00 lunedì e giovedì 15.30-17.30 | Segretariato Sociale<br>06.93295422 / 29<br>servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it<br>Via San Francesco 10<br>06.93295248 / 22 |
| Istituto per la Famiglia Onlus Albano-Ariccia | Albano Laziale, Ariccia, Ardea e Pomezia | Sito internet, informazione tramite brochure, informazione diretta telefonica su richiesta o tramite mail | Sede operativa<br>via Roncigliano 146 - Albano Laziale<br>06.9343505<br>393.9826056<br>392.9900122<br>c.abatini@ipfonlus.eu<br>g.pazzano@ipfonlus.eu<br>info@ipfonlus.eu |
| Confraternita Misericordia di Ariccia | Ariccia | Si riceve per appuntamento presso il Centro di Ascolto martedì 15.30-18.00 | Centro di Ascolto<br>Via Antonietta Chigi 44 - Ariccia<br>328.8105372 |
| Associazione Tuscolana Solidarietà | Castelli Romani e Roma Sud | Tramite e-mail, format sito internet, contatto telefonico e accesso diretto alla sede operativa martedì e giovedì mattina | Sede operativa:<br>via Renato Castellani, 22 - Grottaferrata<br>06.9415166<br>347.3561213<br>info@associazionetuscolanasolidarieta.it<br>www.associazionetuscolanasolidarieta.it |

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| Chiara per i bambini del mondo OdV | Castelli Romani | Sede operativa e accesso tramite social Facebook | Sede operativa<br>via Fratelli Bandiera 16 - Albano Laziale<br>luciano.biazzetti@tin.it<br>06.9325466<br>338.7969750 |
| Passaggio al Bosco Cooperativa sociale | Genzano di Roma | Accesso tramite social Facebook | 331.8006169 |
| Cooperativa Girotondo | Velletri | Informazione diretta telefonica | silvia.bruffa@girotondoonlus.com<br>333.7451807<br>06.9640993<br>800.001.077 |
| Casa sociale Pia Marta | Ariccia | Presentarsi direttamente in sede o contatto telefonico | Sede via Rufelli 81 - Ariccia<br>06.9342046 |
| Cuore e Lavoro cooperativa sociale | Castel Gandolfo | Informazione diretta telefonica | info@cuorelavoro.it<br>348.1413487<br>06.89767416 |
| Gialuma Onlus | Genzano di Roma-Lanuvio | Sito ufficiale o contatto diretto telefonico | gialuma.onlus@libero.it<br>06.93273413<br>947.0117963 |
| San Francesco Insieme per la Pace | Albano Laziale | Accesso attraverso social Facebook o contatto diretto telefonico | info@sanfrancescoinsiemeperlapace.it<br>393.7241076 |

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| SAIP Formazione | Castelli Romani | Tramite contatto telefonico o via mail | 06.88809504<br>saip@saipform.it |
| APS - Circolo ACLI Padre G. Molinari | Cecchina | Tramite contatto telefonico o via mail | 06.93493443<br>info@acliroma.it<br>carlotta.mascaretti@acliroma.it |
| Caritas Ariccia Galloro | Ariccia | Attualmente solo per appuntamento telefonico | 349.0713039<br>Rita Burli |
| Caritas Centro Ascolto San Tommaso da Villanova | Genzano | Call center o di persona per primo ascolto | 328.6041379 attivo 7/7<br>caritas.genzano@gmail.com |
| CICAR Coordinamento Immigrazione Castelli Romani OdV | Castelli Romani | Previo format sito o contatto telefonico | 349.7101472<br>Martella Bargiacchi |
| Croce Rossa Italiana Comitato dei comuni dell'Appia-Ariccia | Comuni dell'Appia | Previo appuntamento ufficio zonale Croce Rossa Italiana | 06.45769282<br>350.1524589<br>Patrizia Patrizi |
| Associazione culturale Demetra | Castelli Romani | Previo appuntamento telefonico | 331.8799120<br>377.3622337 |
| Associazione Philoxenia APS | Provincia di Roma | Sportello o richiesta per e-mail in base al progetto | philoxenia_onlus@yahoo.it |

| Tipologia Ente | Area territoriale | Modalità di accesso | Contatti |
|---|---|---|---|
| Caritas Albano Laziale | Albano-Pavona | Per mezzo colloquio telefonico o presso gli uffici Caritas di Albano | 06.932684032 |
| Comitato solidarietà | Comune di Ariccia | Previo appuntamento telefonico | 349.0713039<br>Rita Burli |
| Ucraina CreAttiva APS | Pomezia<br>e Castel Gandolfo | Contatto diretto telefonico<br>o tramite e-mail | 320.2277941<br>ucreattiva@gmail.com |
| Monastero ucraino<br>cattolico di rito bizantino<br>San Teodoro | Castel Gandolfo | Contatto telefonico della referente | 320.8080376<br>Vusyk Lesya |

## 2. IL PIANO DI LAVORO *CASTLE*

La proposta di lavoro vuole aumentare l'integrazione tra i servizi attualmente già presenti sul territorio in favore dei cittadini di Paesi Terzi in condizioni di vulnerabilità psico-socio-sanitaria, incrementando la rete tra i servizi pubblici e privati, al fine di costruire risposte sinergiche ai bisogni e attivare i servizi più adeguati. Il "gioco di squadra" tra tutte le parti già attive sul territorio è la risposta che il gruppo di lavoro del progetto *Castle* ha voluto dare in risposta ad una delle criticità emerse dal lavoro di mappatura: la mancanza di rete tra i servizi.

Il piano di lavoro vuole da un lato integrare il lavoro degli operatori volontari attivi sul territorio con quello degli Enti pubblici preposti all'attivazione dei servizi che, nel caso di bisogni complessi, sono fondamentali; dall'altro, prendere per mano il cittadino e accompagnarlo nella rete dei servizi in un percorso quanto possibile lineare, evitando così di rimbalzare lo stesso tra un servizio e l'altro, da un ufficio all'altro, intasando i servizi stessi, non generando risposte e aggravando nel tempo  situazioni già di per sé complesse.

Il presente modello di lavoro è stato sperimentato dalle associazio-

ni partner[1], attraverso gli Sportelli di Accoglienza, già attivi presso ciascuna sede, e due Unità mobili.
Il primo passo che si è voluto migliorare è stato quello della lettura del bisogno: il primo e fondamentale passaggio per poter conoscere "il bisogno" e attivare il servizio giusto. L'esperienza messa in campo singolarmente da ciascuna associazione ha infatti fatto emergere che:

- dietro la richiesta dei beni e servizi di prima necessità spesso si nascondono bisogni più complessi che le persone non riescono ad esporre, non sanno a chi rivolgersi, temono conseguenze;
- i cittadini stranieri tendono "ad aprirsi" di più con gli operatori, anche volontari, delle associazioni di volontariato e della Caritas.

Per costruire risposte efficaci è necessario sviluppare, tra gli attori dell'intervento, non solo le competenze conoscitive sul fenomeno e sulla relativa normativa, ma anche l'interazione e la condivisione dello stesso linguaggio, delle stesse procedure, all'interno delle quali ogni ente può svolgere il suo peculiare ruolo. Per questi motivi si è proceduto, nell'ambito di *Castle*, alla elaborazione concertata tra gli enti partner di un percorso di accoglienza e presa in carico e alla sua sperimentazione, oltre alle azioni formative mirate, che hanno coinvolto complessivamente 120 Operatori dei Servizi pubblici e del privato sociale di zona. Sulla base di questo bagaglio di esperienza e formazione, di cui è previsto l'ulteriore sviluppo e diffusione sul territorio attraverso azioni future, il modello operativo *Castle* può essere condiviso con altre realtà attive sul territorio, non solo del Distretto Socio Sanitario di rife-

1 Associazione Tuscolana Solidarietà (ATS) Odv, Istituto per la Famiglia Onlus Albano-Ariccia, Confraternita Misericordia di Ariccia.

rimento, ma anche dei comuni immediatamente limitrofi. La metodologia del progetto *Castle* può essere condivisa in particolare con tutti quei servizi che, per la loro funzione, possono entrare in relazione con cittadini di Paesi Terzi in condizione di vulnerabilità psico-socio-sanitaria: oltre al privato sociale e ai servizi di Comuni e ASL, anche con le Forze dell'Ordine, Scuole, Parrocchie, Associazioni, Cooperative sociali, Case circondariali, progetti del SIPROIMI e CAS, Amministratori di sostegno, Psicologi.
La collaborazione può consolidarsi attraverso la stipula di protocolli d'intesa come quello siglato tra, Comune di Albano, il CSV Lazio e le associazioni partner del progetto *Castle*.

### Il primo contatto con l'utente

L'accoglienza è il primo fondamentale passaggio per la lettura del bisogno dell'utente. Il primo contatto implica la realizzazione di un colloquio conoscitivo, che avviene in un luogo confortevole, informale e deve prevedere il rispetto della privacy. Il colloquio si basa sull' "**ascolto attivo**" (vedi "Glossario"), fondamento metodologico indispensabile per lo scambio conoscitivo, il dialogo e la costruzione di una relazione di fiducia tra operatore e persona accolta. L'ascolto attivo permette, in primo luogo, all'operatore di adeguare il più possibile il linguaggio alle possibilità di comprensione e alla sensibilità del suo interlocutore, ricorrendo, se è il caso e quando possibile, al supporto di mediatori linguistico-culturali.
Il colloquio parte anzitutto dall'ascolto del bisogno immediato della persona. Tramite le diverse informazioni richieste, che seguono la linea dei "**determinanti di salute**", nel quadro di un approccio "olistico" (vedi "Glossario"), il colloquio punta a stimolare la

narrazione e l'emersione di ulteriori aspetti del disagio. La raccolta dei dati anagrafici è preceduta da una spiegazione, sull'importanza di questi dati, funzionali alla ricerca di soluzione nonché alla condivisione con altri enti utilmente attivati ad intervenire in risposta al problema rappresentato.

Si chiederà quindi all'utente di sottoscrivere in consenso informato, un documento esteso e chiaro, anche in questo caso preceduto da spiegazione contestualmente adeguata alle possibilità di comprensione dell'interlocutore, con l'eventuale ausilio di mediatori.

La raccolta dei dati che emergono dal colloquio avviene attraverso la "**Scheda di accoglienza**" (vedi "Allegato") uguale per tutte le sedi coinvolte. La scheda è stata concepita più come un canovaccio di contenuti, da tenere in mente e da adeguare nella forma ed ordine delle domande ai singoli casi, che come serie di quesiti da porre letteralmente. In linea con il ruolo che l'Associazione svolge nell'accoglienza e nelle diverse fasi dell'intervento (definito a pag. 26 del documento), la scheda è propedeutica per il coordinamento con altre associazioni ed enti della rete territoriale e per la segnalazione al PUA dei casi complessi.

Tramite la scheda, l'operatore raccoglie le prime informazioni necessarie per definire se si tratta di "**bisogno semplice**" o "**bisogno complesso**" (vedi "Glossario"). La scheda di accoglienza si articola in 5 parti:

1. dati dell'ente/organizzazione;
2. dati dell'utente: recapiti; dati anagrafici; condizione di soggiorno e progetto migratorio; accesso ai servizi sanitari (iscrizione SSN/STP); istruzione; situazione lavorativa; eventuali prese in carico già in essere e sostegni economici;
3. dati sul nucleo familiare e sulla condizione abitativa; relazioni sociali;

4. lettura del bisogno e interventi attivati;
5. informativa sul trattamento dei dati.

La scheda di accoglienza è corredata da una scheda di aggiornamento da compilare nei successivi colloqui e da uno schema di relazione guidata. Alla fine del colloquio, l'operatore informa la persona su come si muoverà per la ricerca di soluzione al suo problema e, in caso di bisogno complesso (vedi pag. 26), sulla possibilità che essa sia contattata dal servizio per la presa in carico, aggiornandola successivamente sulla tempistica.

*Attivazione del Punto Unico di Accesso*

Nel caso di "**bisogno semplice**" - si definisce semplice quando la richiesta può essere assegnata ad un singolo servizio, pubblico o privato, senza necessità di valutazione e presa in carico integrata[2] - l'operatore si attiva i servizi della propria associazione, se adeguati alla richiesta, o dà indicazione del servizio territoriale addetto a rispondere al bisogno[3]. L'operatore può o dare subito le indicazioni alla persona, o richiamarla successivamente dopo aver raccolto le informazioni necessarie; se necessario la accompagna al presidio fisicamente o tramite presegnalazione del caso, telefonica o via e-mail. In alcune situazioni, in accordo con il servizio e con l'utente, può essere opportuno il successivo monitoraggio per sostenere la soluzione del bisogno. Nel caso di "**bisogno complesso**" - si definisce complesso quel bisogno che per essere soddisfatto richiede il coinvolgimento

2 Vedi punto 4., "Glossario".
3 Si può trattare anche della necessità di più singoli servizi, a cui la persona può rivolgersi per diversi bisogni semplici. Per la definizione di bisogno semplice vedi anche punto 4., "Glossario".

di più servizi e prestazioni sociosanitarie integrate (vedi "Glossario") - è necessario attivare il "Punto Unico di Accesso" (in seguito PUA), struttura organizzativa formalmente presente nel Distretto socio-sanitario, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali. Utile a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza, il PUA rappresenta il luogo ideale di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale (vedi "Glossario").
Rispetto al PUA, **il Terzo settore può fungere da segnalante di un caso ma può anche essere coinvolto operativamente nell'ambito di un Piano di Assistenza Individuale**[4].

La richiesta di attivazione del PUA viene fatta via e-mail dall'Associazione che ha effettuato il colloquio. La richiesta è corredata dall'invio della scheda compilata in sede di colloquio di accoglienza e da una breve relazione sul perché si richiede questa attivazione.
L'operatore del PUA si confronta con l'operatore dell'Associazione per avere maggiori chiarimenti e individuare quali professionisti convocare per l'Unità Valutativa Multidimensionale (in seguito UVM), che verrà istituita presso il PUA per la presa in carico del caso.

### Unità Valutativa Multidisciplinare e Progetto di Vita Personalizzato

L'UVM è attivata esclusivamente in caso di rilevazione di bisogno complesso, su richiesta del PUA. Agli incontri del PUA partecipano:

4 Fonte: Indicazioni per la realizzazione e la regolamentazione dei Punti Unici di Accesso distrettuali, art. 3.

- gli operatori che hanno effettuato il colloquio di accoglienza;
- i professionisti individuati.

Dopo la presentazione del caso, si decide quale/i servizio/i deve prendere in carico l'utente, in relazione alla problematica prevalente; può essere necessario un colloquio di approfondimento con la persona da parte del servizio che lo prenderà in carico.
In sede di UVM si definiscono e si concordano gli obiettivi e le azioni prioritarie; viene inoltre elaborato il Percorso di Vita Personalizzato (in seguito PVP). Il PVP viene redatto in seguito alla raccolta di informazioni, condividendo in sede di riunione di UVM gli obiettivi prioritari e le azioni da intraprendere. Il Modello "Lavoro" tiene conto dei **determinanti di salute**, ovvero di quei fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo (vedi "Glossario"); in particolare, in questo caso si tiene conto dei determinanti relativi a: abitare, lavoro, socializzazione, apprendimento.

Il servizio che prende in carico la persona può effettuare con la stessa un colloquio di approfondimento per completare il documento, per comprendere meglio i suoi bisogni e rappresentarli in modo adeguato nel PVP. Durante il colloquio, la persona può essere supportata nel caso non comprenda la lingua italiana, attivando il servizio di mediazione linguistico-culturale qualora disponibile o raccordandosi con la rete territoriale dei servizi per il reperimento di una mediazione linguistica.
A questo punto viene individuato il **Case Manager** dal servizio che prende in carico l'utente, in accordo con l'UVM, oppure tra i componenti della stessa UVM. Il Case Manager diventa il punto di riferimento del percorso da attuare; egli condivide contestualmente con l'UVM

il monitoraggio e la valutazione da effettuare durante il percorso.
Durante il periodo di realizzazione del PVP, si procede con adeguata valutazione per verificare il raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine individuati nell'elaborazione del progetto: si tratta di un passaggio fondamentale per poter eventualmente correggere e rimodulare il PVP.

### Il ruolo delle organizzazioni del Terzo settore coinvolte

Attraverso il primo colloquio gli operatori forniscono ai cittadini dei Paesi Terzi uno spazio di accoglienza e di ascolto finalizzato a coglierne il bisogno, stabilire una relazione di fiducia, trasmettere in modo chiaro e comprensibile informazioni sui diritti e modalità di accesso ai servizi.
La partecipazione attiva degli operatori coinvolti, in sinergia con le figure professionali degli enti pubblici, contribuisce a porre le basi di una successiva azione mirata alla riabilitazione, collaborando alla costruzione di relazioni significative, in grado di valorizzare l'identità personale e sviluppare l'autostima della persona.

In generale, nelle azioni di individuazione e presa in carico delle persone di Paesi Terzi con vulnerabilità psicosociale, gli operatori delle Associazioni coinvolte svolgono i seguenti compiti:

- fungono da primo contatto attraverso i propri servizi di accoglienza, sportelli, centri di ascolto, unità mobili se disponibili;
- tramite la scheda di accoglienza *Castle*, rilevano e analizzano i bisogni della persona;
- orientano le persone afferenti all'utilizzo dei servizi territoriali, pubblici e privati;

- forniscono direttamente le risposte o attivano la rete territoriale dei servizi, supportando le persone più vulnerabili nell'accesso, se necessario in raccordo con altri enti della rete;
- nei casi complessi, contribuiscono alla definizione del PVP e compatibilmente alle proprie possibilità operative accompagnano la persona nel percorso in sinergia con i servizi preposti, esercitando una funzione di **mediazione** tra essa e i servizi e coordinandosi con il Case Manager.
- partecipano al monitoraggio e all'analisi dei fenomeni e delle criticità relativi al target, nonché alla valutazione degli strumenti operativi e delle procedure utilizzate, fornendo il proprio feed back nell'ambito delle riunioni semestrali organizzate dalla rete (vedi punto 3.).

Nell'ambito della rete costruita, le associazioni possono partecipare alla programmazione e realizzazione di azioni formative mirate e iniziative progettuali destinate al target.

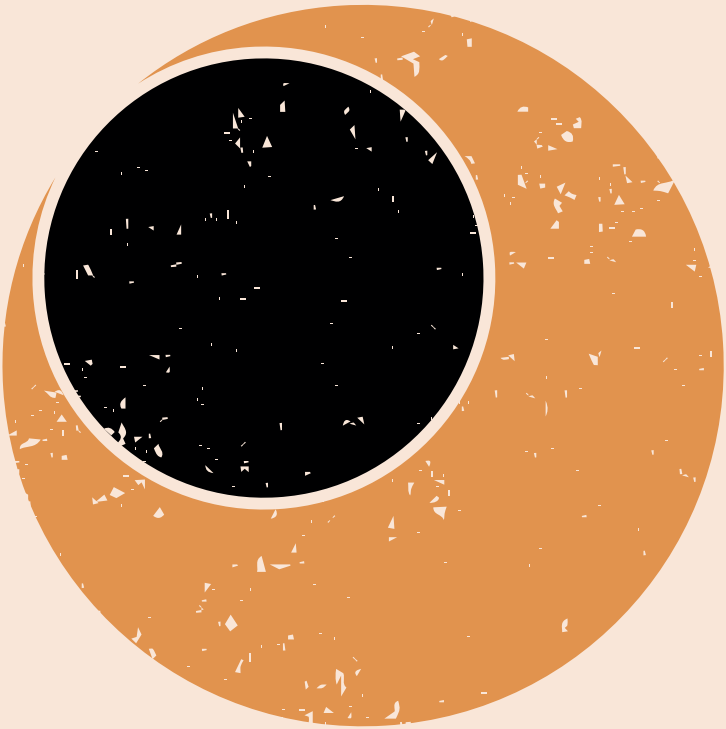
### Condivisione del modello con altri attori del territorio

Il piano di lavoro *Castle* per l'individuazione e presa in carico di cittadini di Paesi Terzi in condizioni di vulnerabilità psico-socio-sanitaria, costruito nell'ambito del progetto *Castle,* è stato condiviso con tutti gli attori del territorio potenziamente interessati attraverso il percorso di formazione realizzato per l'empowerment degli operatori e delle operatrici e per uniformare il linguaggio e le procedure di intervento all'interno della rete territoriale dei servizi, necessaria alla costruzione sinergica di risposte adeguate.

### Follow-up, monitoraggio e programmazione

Sono previste riunioni semestrali tra i referenti degli enti pubblici e privati coinvolti nella rete, per il monitoraggio dell'affluenza delle persone target, dei relativi bisogni e interventi attivati, nonché per la valutazione degli strumenti operativi e delle procedure utilizzate.

Oggetto delle riunioni sarà anche la programmazione delle eventuali azioni formative e specifici progetti di intervento, da realizzare avvalendosi dei canali di finanziamento disponibili, opportunamente segnalati dagli Enti pubblici e dal Centro Servizi per il Volontariato di zona.



# GLOSSARIO

**ASCOLTO ATTIVO**: strumento necessario nelle relazioni di aiuto/nei colloqui socio-sanitari, è la capacità di porre attenzione alla comunicazione dell'altro senza formulare giudizi. È considerato un atto intenzionale che impegna a cogliere quanto l'altro riferisce in modo esplicito e implicito, verbale e non verbale, mettendo al contempo in luce le possibili difficoltà di comprensione ed i limiti dei propri punti di vista. In questo modo è possibile stabilire rapporti di riconoscimento, rispetto ed apprendimento reciproco. L'ascolto attivo è un modo di ascoltare ciò che ci viene detto con uno sforzo intenzionale per capire il bisogno altrui. Lo scopo è comprendere veramente il punto di vista, le motivazioni, i pensieri e le aspettative degli altri, sospendendo qualsiasi giudizio.
Per fare questo serve appunto uno sforzo attivo che differenzia questo ascolto dal semplice ascoltare in silenzio. Questo sforzo è anche necessario per mantenere un atteggiamento aperto, imparziale e non giudicante. Occorre essere motivati dalla curiosità e dalla voglia di assumere il punto di vista dell'altro per coglierne ogni aspetto. Per ascoltare in maniera attiva è anche necessario parlare.
L'ascolto attivo infatti prevede un silenzio attento alternato a domande, riformulazioni e altri interventi finalizzati a far continuare a parlare l'altra persona e a empatizzare con lei.

**BISOGNO SEMPLICE**: è un bisogno che non presuppone né una valutazione multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di una équipe multi - professionale.

**BISOGNO COMPLESSO**: è un bisogno che presuppone la presa in carico globale della persona da parte di una équipe multi-professionale con l'integrazione socio-sanitaria, una valutazione multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati. La complessità dell'approccio assistenziale-terapeutico quindi richiede necessariamente l'intervento di più operatori e/o enti con diverse competenze, e questa pluralità di attori si deve articolare intorno al paziente, data l'estrema fragilità che caratterizza tale momento di vita, sia per la persona interessata sia per la sua famiglia. È necessario procedere cioè in una logica "multidimensionale", cioè con un approccio, una lettura ed un intervento che affrontino in particolare le capacità cognitivo-relazionali abbinate al contesto di vita. La dimensione psico-sociale riguarda il microcontesto in cui vive il paziente: relazioni interpersonali, possibilità economiche, abitazione, supporti famigliari.

**CASE MANAGER**: è il professionista che fa da "persona di riferimento" del caso per quanto riguarda i bisogni complessi. I suoi compiti includono l'effettiva valutazione dei bisogni dell'assistito, in una visione olistica; la pianificazione dei supporti, delle risorse e dei servizi necessari; la messa in rete delle risorse e degli interventi; il coordinamento dei processi; la garanzia della continuità della presa in carico. Esso rappresenta inoltre colui che mantiene i contatti con i diversi attori della rete, coinvolti nel Progetto di Vita Personalizzato (PVP) ed è aggiornato

sulla situazione globale che riguarda il caso stesso. Viene individuato e nominato nel PVP.

**CODICE STP (Straniero Temporaneamente Presente)**: è un codice regionale individuale per l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche rilasciato dalle ASL agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, riconosciuto su tutto il territorio nazionale.
L'art. 35, comma 3 del Testo Unico sull'immigrazione (D.Lgs. 286/98), stabilisce che alla suddetta categoria di cittadini stranieri: *"sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché' continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".*
Sono, in particolare, garantiti:

**a.** la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

**b.** la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

**c.** le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

**d.** gli interventi di profilassi internazionale;

**e.** la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;

**f.** le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei

richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani;

g. l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano".

La Circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000, n. 5 ha specificato che:

*"Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)".*

Il codice STP non consente l'acquisizione del medico di base, ma consente in ogni caso l'accesso agli ambulatori di medicina generale delle Asl e ha validità semestrale. Al momento dell'assegnazione del codice, se la persona è indigente sottoscrive una autocertificazione di indigenza, anch'essa con validità semestrale, che consente l'esonero dal pagamento del ticket. Per ulteriori dettagli e riferimenti normativi vedi https://integrazionemigranti.gov.it "Normative e giurisprudenza", voce "Salute"; per la definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

**DETERMINANTI DELLA SALUTE**: l'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni. I fattori che influenzano la salute sono molteplici e

tra loro collegati. La promozione della salute si occupa essenzialmente delle azioni e dell'advocacy, volte ad affrontare l'intera gamma di determinanti di salute potenzialmente modificabili, non solo quelli legati alle azioni individuali, come comportamenti di salute e stili di vita, ma anche fattori come reddito e stato sociale, livello di istruzione, occupazione e condizioni lavorative, accesso a servizi sanitari appropriati e ambiente fisico. La combinazione di questi fattori crea diverse condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute.

**LETTURA DEI BISOGNI**: è uno strumento di supporto alla decisione, utilizzabile per l'allocazione delle risorse, la progettazione e lo sviluppo dei programmi e degli interventi nel campo della sanità, dell'educazione e, più globalmente, di tutti i servizi alla persona. L'analisi dei bisogni è, quindi, un processo che consiste nell'identificazione e nella valutazione di quelle che sono le esigenze (i "bisogni") di una persona o di una comunità. Si basa inoltre, sul plausibile assunto che una programmazione/progettazione mirata degli interventi, possa aiutare a ridurre la domanda e, in prospettiva, a contenere il numero di quanti si trovano in uno stato di necessità o in una situazione di "bisogno".

**PRESA IN CARICO**: processo secondo il quale un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa, sulla base di un mandato istituzionale, (quindi sia chiaro ed evidente che le associazioni svolgono un ruolo di supporto esterno e non di responsabilità primaria), progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa/esso un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo.

**PRESA IN CARICO OLISTICA**: processo secondo il quale l'operatore risponde alle necessità fisiche, psicologiche ed emotive dell'utente e del suo sistema (famiglia, ambiente, società e cultura), in quanto, come afferma il paradigma bio-psico-sociale e in particolare l'approccio olistico, tutto è collegato ed interdipendente.

**PUA - Punto Unico di Accesso:** il PUA è una struttura organizzativa formalmente presente nel Distretto socio sanitario, rivolto alle persone con disagio derivato da problemi di salute e difficoltà sociali e serve a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza (*Indicazioni per la realizzazione e la regolamentazione dei Punti Unici di Accesso distrettuali*, art. 1).
È costruito funzionalmente sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere. Il PUA costituisce il primo livello di accesso ai servizi sociosanitari, idealmente finalizzato alla raccolta di tutte le domande indifferenziate (segnalazioni), ed alla loro conversione o perfezionamento (fase di elaborazione) in domande differenziate da inoltrare ai servizi. Le Unità Operative Distrettuali sono le sedi di erogazione dei servizi. PVP - Piano di Vita Personalizzato: è il programma di interventi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per l'utente.

**SERVIZIO INTEGRATO**: per integrazione socio-sanitaria si intende il coordinamento tra servizi sociali e i servizi sanitari nell'attivazione di

interventi e prestazioni socio-sanitarie a favore dei cittadini, inclusi anche i servizi del Terzo settore.

**UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale**: è l'unità che si occupa della valutazione di bisogni di tipo complesso, qualora si manifesti una compresenza del bisogno sanitario e sociale. Questa valutazione, ha il fine di individuare, nell'ambito delle risorse disponibili, quali siano gli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.
L'UVM è lo strumento operativo chiamato dalla normativa di pianificazione socio-sanitaria vigente a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.
È un'équipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il percorso ideale di trattamento dell'utente.

**VULNERABILITÀ PSICO-SOCIALE**: condizione attribuita ad una persona fragile ovvero ad un soggetto affetto da patologie croniche, spesso incurabili e ad andamento progressivo e invalidanti, ma anche ad un soggetto non malato in situazioni di disagio socio-ambientale, economico o a rischio di emarginazione. La condizione di fragilità aumenta quando vi è associazione di fragilità dello stato di salute e fragilità nella condizione socio-ambientale. Questa definizione, dai confini necessariamente non netti e in termini di gradi, porta ad includere tutte le persone provenienti da Paesi Terzi che afferiscono da noi; probabilmente non sarà possibile riferire e discutere tutti i casi all'interno dell'équipe minima e con la supervisione, ma soltanto quelli di maggiore fragilità e complessità.

UNIONE EUROPEA

MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014 - 2020
Obiettivo specifico 2. Integrazione/Migrazione legale –
Obiettivo Nazionale 3 – Capacity building –
Lettera j) Governance dei servizi – Qualificazione del sistema di tutela sanitaria

*Castle*: social care ed empowerment di rete
PROG-3046 - CUP D11E19000090006

# Scheda di accoglienza

**DATI DELL'ENTE/ORGANIZZAZIONE**

Data colloquio ____/____/_____/

Compilato da _____

Ente/Organizzazione _____

Presso ☐ Sportello ☐ Altro (indicare) _____

**DATI DELLA PERSONA**

Nome e cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Residenza _____

Domicilio _____

Numero telefonico _____ e-mail _____

Eventuale referente per i contatti _____

Nome e Cognome _____ Telefono _____

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ divorziato/a ☐ separato/a ☐ vedovo/a

☐ altro: _____

CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
Città Metropolitana di Roma Capitale

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 6

CSV LAZIO
Centro di Servizio per il Volontariato

MISERICORDIE
d'Albano e Ariccia

ATS
associazione tuscolana solidarietà

ISTITUTO PER LA FAMIGLIA "ONLUS"
*Albano - Ariccia*
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO

**Documento** (indicare tipo e numero) _____
**Permesso di soggiorno** (indicare tipologia) _____
**Anni di permanenza in Italia** _____
**Progetto migratorio** (*motivazione alla partenza/tipo di viaggio intrapreso / programmi attuali*)
_____

**Tessera sanitaria** □ Si □ No
Tesserino sanitario STP (Straniero Temporaneamente Presente) □ Si □ No
**Tessera E.N.I.** (Europeo Non Iscritto) □ Si □ No
Lingue parlate (*competenze linguistiche – valutazione dell'operatore*)
italiano: □ insufficiente □ di base □ buono □ ottimo □ altre lingue _____

**Necessità di mediazione linguistica per il colloquio**: □Sì □No
**Mediazione attivata**: □ No □ Si: □in presenza □ telefonica
**Nome e cognome del mediatore**: _____
Numero telefonico: _____
**Livello di istruzione**
Titolo di studio (anni di studio) _____
**Attività lavorativa**
□ Occupato (specificare occupazione) _____
□ in regola □ non in regola
□ Inoccupato
□ Disoccupato

**Sostegni economici pubblici** _____

**Esperienze lavorative pregresse** _____

**Competenze** _____

**DATI NUCLEO FAMILIARE**

| | LEGAME DI PARENTELA (figlio/a, coniuge, ecc.) | ETA' | GENERE (M/F) | CONVIVENTE |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |

**NOTE SUL NUCLEO FAMILIARE** (*componenti rimasti in patria, condizione di soggiorno e occupazionale dei componenti in Italia, situazione minori…*)

_____

**NOTE SULLA CONDIZIONE ABITATIVA** (*ospite, condizione di sfratto, sovraffollamento, in cerca di altra abitazione*)

_____

**NOTE SULLE RELAZIONI SOCIALI** (*punti significativi della rete sociale, relazioni d'aiuto, rete, forma associative di riferimento, eventuale condizione di isolamento…*)

_____

**SALUTE** (*fisica/psicologica/eventuali patologie e disabilità, interventi importanti, capacità di accesso ai servizi sanitari della persona o dei componenti del nucleo familiare…*)

_____

**LETTURA DEL BISOGNO**

**TIPO DI RICHIESTA DELLA PERSONA**

□ Derrate alimentari / vestiario / farmaci
□ Mediazione linguistico / culturale
□ Consulenza legale

□ Orientamento ai servizi territoriali: □ Servizi sociali □ sanitari □ scolastici □ cpi
□ Lavoro
□ Sostegno psico/sociale
□ Prestazioni socio/sanitarie
□ Prestazioni sanitarie
**ALTRO** da aggiungere sulla richiesta della persona:

_____

**INTERVENTI ATTIVATI**
□ Distribuzione beni: □ alimenti □ vestiario e accessori □ mobilia □ farmaci
□ Mediazione linguistico-culturale
□ Orientamento ai servizi
□ Segretariato sociale
□ Orientamento al lavoro
□ Accompagnamento
□ Consulenza psico/sociale
□ Invio ai servizi sanitari
□ Invio ai servizi sociali
□ Invio al PUA
**ALTRO** da aggiungere sugli interventi attivati:

_____

**DEFINZIONE DEL BISOGNO**
□ Semplice □ Complesso
**NOTE** _____

Io sottoscritto/a _____
dichiaro di essere consapevole della responsabilità che assume ai sensi del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**Firma** _____

**1. Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 D.L. 196/2003)**
Ai fini previsti dal Regolamento UE 2016/679 sopra richiamato (di seguito "G.D.P.R. 2016/679"), recante le nuove disposizioni a tutela della "privacy" e relativo alla protezione e al trattamento dei dati personali, si informa che il trattamento dei dati personali da Lei già forniti ed acquisiti e che da Lei saranno forniti in futuro in qualità di "interessato", saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal citato Regolamento e degli obblighi di riservatezza, correttezza, liceità e trasparenza.

**a) Titolare del trattamento**
Il titolare del trattamento è _____
con sede in _____
C.F. _____ P.Iva: _____
in nome del suo legale rappresentante _____
C.F. _____

**b) Finalità del trattamento**
I dati personali forniti sono necessari ai fini al suo inserimento nella banca dati dell'Associazione _____
per l'attivazione dei servizi necessari.

**c) Modalità di trattamento e conservazione**
Il trattamento dei dati da Lei forniti è svolto sia in forma automatizzata sia in forma manuale nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del G.D.P.R. 2016/679, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art 29 del G.D.P.R. 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del G.D.P.R. 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso nell'allegato alla presente informativa, i suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e comunque non oltre i termini stabiliti dalle normative fiscali, normative del lavoro e previdenziali e dal codice civile in materia e per ulteriori dieci anni.

**d) Ambito di comunicazione e diffusione**

La informiamo, inoltre, che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza il Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. Inoltre tali dati potranno essere conosciuti, nei limiti della normativa vigente da dipendenti e/o collaboratori espressamente nominati ed incaricati dal Titolare.

**e) Diritti dell'interessato**

In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa all'interessato è riconosciuto in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE n. 2016/679);
- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679);
- Revoca del consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca (art. 7, par. 3 Regolamento UE n. 2016/679);
- Proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali (art. 51 Regolamento UE n. 2016/679).

**f) Esercizio dei diritti**

L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo: _____

o lettera raccomandata a/r all'indirizzo: _____

**Data e Luogo** _____

**Firma** _____

**Indicazioni per la compilazione**

La prima parte della scheda è dedicata alla raccolta di informazioni sull'utente per delineare un primo profilo, il più oggettivo possibile, della situazione esistenziale della persona che beneficerà del progetto. Segue la sezione che descrive l'attuale situazione delle relazioni significative della persona. Di particolare importanza è la sezione relativa alla **Storia personale** e **Anamnesi familiare**, remota e prossima, che ha l'obiettivo di raccogliere e selezionare tutte le informazioni utili alla progettazione. Questa sezione prevede la descrizione e l'analisi delle precedenti prese in carico della persona e dei relativi interventi sanitari e sociali, rilevando ciò che ha funzionato e ciò che non ha funzionato e perché. Gli indicatori della presa in carico non riguardano quindi la problematicità della persona in sé, ma la valutazione di presenza o assenza di condizioni che facilitano od ostacolano l'autonomia della persona nonostante la sua disabilità. La presa in carico quindi non si riferisce ad un limite specifico della persona, ma a come ci si è occupati della problematica alla base del disagio della persona e a come si siano rimosse le barriere con l'ambiente circostante, le relazioni sociali, ecc. La presa in carico integrata alla base del PVP valuta l'interazione tra la persona e il suo contesto ambientale, l'apporto delle risorse a disposizione e delle competenze delle professioni di aiuto. Lo stato di bene/essere della persona emerge quindi dalla conoscenza delle interazioni di tutti questi fattori. Poiché la situazione esistenziale della persona non si presenta statica ma si trasforma nel tempo a seconda dei successi/insuccessi prodotti dall'attuazione del Progetto, è prevista una sezione per la rimodulazione di azioni correttive e migliorative, secondo una metodologia che consente la costruzione nuove soluzioni.

La scheda prevede una disamina delle varie aree con evidenziazione della fotografia attuale e degli obiettivi prioritari:

- Area abitare: descrizione attuale delle relazioni con i familiari e con il contesto sociale di appartenenza, nonché della cura della propria persona e ambiente di via;
- area apprendimento/espressività (specifica per i minori): descrizione attuale delle capacità e delle criticità per le quali è previsto un supporto;
- Area formazione/lavoro: descrizione attuale della condizione lavorativa, delle esperienze e competenze in ambito formativo e professionale;
- Area inclusione sociale: descrizione della rete di relazioni sociali della persona e

degli interessi personali che possano contribuire ad un ampliamento della rete e delle dinamiche interpersonali;

- Area cura della persona: descrizione attuale del grado di compliance e di adesione della persona alle varie dimensioni del suo percorso di cura;
- La sezione relativa agli obiettivi viene utilizzata per delineare un quadro di sintesi ed integrazione tra:
- Aree d'intervento;
- Obiettivi del Progetto (a breve, medio e lungo termine);
- Indicatori di risultato;
- I diversi attori della progettazione;
- Le azioni riabilitative programmate;
- Le risorse umane impegnate nella realizzazione del progetto ed il costo dell'intervento.

La scheda si chiude con una Sezione dedicata alle firme di tutti i soggetti che concorrono alla costruzione del PVP, dagli operatori dei Servizi pubblici (ASL, Comuni), ai rappresentanti del Terzo Settore coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi infine, ma non ultimi, il beneficiario ed eventualmente i suoi familiari o il suo rappresentante legale.

Progetto grafico e impaginazione
www.3nastri.it

Finito di stampare nel mese di giugno 2022
presso i tipi di VF Press S.r.l.s.

Il progetto *Castle: social care ed empowerment di rete* ha voluto costruire un'ampia azione di sistema che ha agito nel segno del miglioramento della capacità del territorio di intercettare e gestire forme di vulnerabilità psico sociale di cui sono portatori i cittadini di Paesi terzi nel contesto di riferimento, costruendo una risposta integrata e di rete che esitino in più appropriati percorsi di presa in carico psico-sociale.

L'individuazione tempestiva dei bisogni di cui è portatore questo tipo di utenza, con una forte azione di capacity building in una logica *multiagency* e multiprofessionale può facilitare l'attivazione di risposte concrete da parte degli enti preposti evitando così forme di **radicalizzazione del disagio** le cui conseguenze oltre ad essere particolarmente dannose per le persone e segnatamente per alcune fasce di età, come ad esempio quella giovanile, possono avere anche un forte impatto sul contesto sociale.

Il rafforzamento della governance ha favorire una crescita complessiva del sistema di presa in carico psico-sociale in modo da fornire una risposta sinergica in grado di superare la parcellizzazione degli interventi. La forte integrazione tra servizi e attori territoriali diversi, ha rappresentato la sfida più complessa che il progetto ha assunto e l'obiettivo a cui ha risposto l'intero impianto metodologico dell'intervento.

Il progetto è stato finanziato dal **Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014 – 2020** Obiettivo specifico 2. Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo Nazionale 3 – Capacity building – Lettera j) Governance dei servizi – Qualificazione del sistema di tutela sanitaria.