

1. Descrizione del territorio (geografica, urbanistica, produttiva, ecc.)

Tab.1. Caratteristiche geografiche e socio-amministrative del distretto RMG5

Comuni	Superficie in Kmq	Tipologia ortografica e altitudine	ASL	Distretto scolastico	Centro per l'impiego
Capranica Prenestina	20,24	<i>Montagna interna:</i> 407-1218	G5	36	Palestrina
Castel San Pietro Romano	15,07	<i>Collina interna:</i> 250-1040	G5	36	Palestrina
Cave	17,75	<i>Collina interna:</i> 238-571	G5	36	Palestrina
Galliciano nel Lazio	26,03	<i>Collina interna:</i> 75-313	G5	36	Palestrina
Genazzano	32,03	<i>Collina interna:</i> 211-631	G5	36	Palestrina
Palestrina	46,84	<i>Collina interna:</i> 234-631	G5	36	Palestrina
Rocca di Cave	11,12	<i>Collina interna:</i> 400-450	G5	36	Palestrina
San Cesareo	22,72	<i>Collina interna:</i> 150-450	G5	36	Frascati
San Vito Romano	12,72	<i>Collina interna.</i> 291-826	G5	36	Palestrina
Zagarolo	28,82	<i>Collina interna:</i> 65-450	G5	36	Palestrina
Distretto	223,34				

2. descrizione del territorio dal punto di vista demografico

Tra le prime informazioni utili alla descrizione del territorio i dati di sfondo sulla popolazione rappresentano un punto di partenza cruciale e delineano una fotografia il più vicina possibile alla realtà su cui si intende realizzare gli interventi.

I dati sulla popolazione, seppure con incidenze di diversa consistenza, indicano una tendenza incrementale su tutti i comuni appartenenti al distretto RMG5 fino al 2011. Nell'ultimo biennio si registra una diminuzione della popolazione che è tornata al di sotto della soglia degli 80000 abitanti. Si registra comunque, passando dal 2005 al 2013, un incremento complessivo di 9680 unità, pari al 12% (Tab. 1).

Tab.1 Popolazione residente nel Distretto RM G5. Confronto nei vari anni

COMUNI	2005	2007	2011	2012	2013
Capranica	328	343	375	327	317
Castel San Pietro	776	792	859	854	845
Cave	9966	10116	10924	10441	10977
Galliciano nel Lazio	5480	6361	6058	5755	5823
Genazzano	5537	5706	6036	5966	5969
Palestrina	18012	18663	21602	20542	20771
Rocca di Cave	386	380	385	388	384
San Cesareo	11707	11988	14175	13787	14161
San Vito Romano	3321	3357	3429	3357	3358
Zagarolo	14620	15435	17628	16930	17208
DISTRETTO	70133	72141	81471	78347	79813

Fonte: elaborazione a cura dell'ufficio Piano di zona su dati ISTAT

Come abbiamo già osservato, il 2011 segna l'apice della numerosità degli abitanti. Il dato è confermato sia per la popolazione in generale, sia per quella straniera. Passando al 2013 si segnala una perdita della numerosità della popolazione sia in generale che straniera. La tabella sotto riportata mostra più in dettaglio la distribuzione per i dieci Comuni che compongono l'estensione territoriale distrettuale dove si evidenzia l'incremento della popolazione immigrata avvenuto a distanza nel periodo 2004-2011.

POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NEL DISTRETTO RMG5 DAL 2004 AL 2013

COMUNI	2004	2006	2008	2010	2011	2013
CAPRANICA PRENESTINA	14	12	19	25	26	25
CASTEL SAN PIETRO	31	41	70	72	82	77
CAVE	476	585	806	974	1154	1161
GALLICANO NEL LAZIO	297	362	518	605	726	610
GENAZZANO	212	290	436	476	527	483
PALESTRINA	651	825	1261	1840	2291	1700
ROCCA DI CAVE	11	3	4	4	7	17
SAN CESAREO	696	832	1082	1401	1767	1586
SAN VITO	89	124	248	257	263	264
ZAGAROLO	882	1072	1504	1872	2261	2130
DISTRETTO RMG5	3359	4146	5950	7526	9104	8053

fonte: elaborazione Ufficio Piano di Zona su dati ISTAT 2011

Nella tabella che segue vengono riportate tre classi di età. La classe centrale è la più ampia, mentre rimangono più contenuti i segmenti delle fasce più estreme della popolazione: minori fino ai 14 anni, e anziani a partire dai 65 anni. La ripartizione delle fasce di età considerate consente il calcolo per gli indici di vecchiaia e quindi la comparazione dei dati, non solo, con altri studi disponibili, ma il confronto storico con i dati distrettuali elaborati dall'Ufficio di Piano nelle precedenti annualità.

Partendo dai dati ad ampiezza distrettuale, si osserva che -con riferimento al 2013- la percentuale dei minori fino ai 14 anni è pressochè uguale a quella degli anziani (15,5% versus 16,6%).

Tab. 2 Popolazione residente nei Comuni del Distretto RM G5 disaggregata per fasce di età al 1° Gennaio 2013

	0 - 14 anni		15 - 64 anni		65 anni e oltre	
	V.A	%	V.A.	%	V.A.	%
Capranica	30	9,5	194	61,2	91	28,7
Castel San Pietro	120	14,2	551	65,2	174	20,6
Cave	1613	14,7	7567	68,9	1797	16,3
Galliciano nel Lazio	1000	17,2	3937	67,6	886	15,2
Genazzano	787	13,2	3981	66,7	1201	20,1
Palestrina	3031	14,6	14084	67,8	3653	17,6
Rocca di Cave	42	11	239	62,2	103	26,8
San Cesareo	2419	17	9662	68,2	2080	14,6
San Vito Romano	438	13	2228	66,3	692	20,6
Zagarolo	2884	16,7	11699	68	2623	15,2
DISTRETTO	12364	15,5	54142	67,3	13300	16,6

Fonte: elaborazione a cura dell'ufficio Piano di zona su dati ISTAT al 1° gennaio 2013

Tuttavia appare assai diversificata la situazione entrando nello specifico dei vari ambiti comunali.

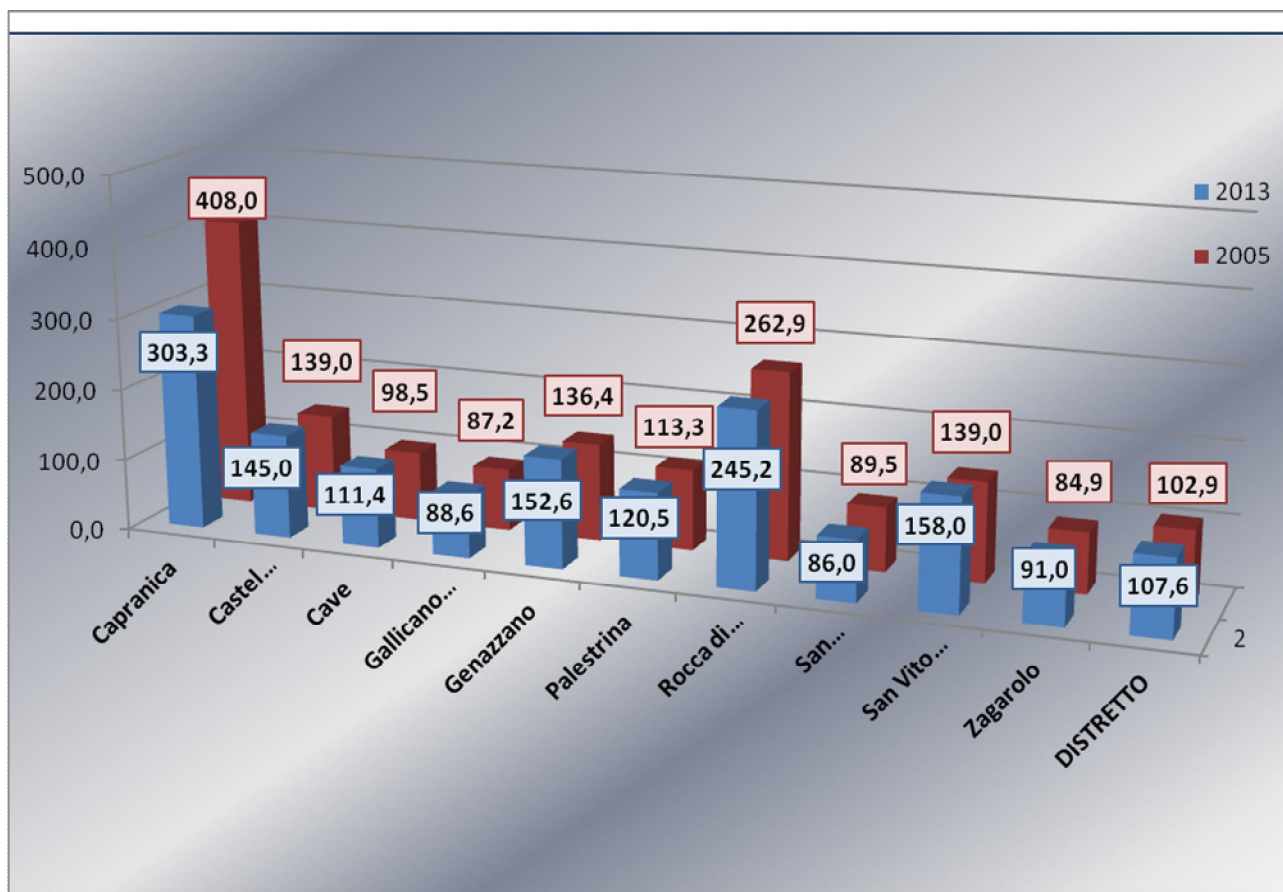
Il grafico relativo all'indice di vecchiaia mostra che il comune con l'indice più alto è Capranica Prenestina seguito da Rocca di Cave, San Vito Romano e Genazzano.

Tab 3. Confronto indici di vecchiaia

	2005	2011	2013
0 - 14 anni	10758	12479	12364
65 o più anni	11074	12656	13300
indice di vecchiaia	102,9	101,4	107,7

Grafico 1

Indice di vecchiaia per Comuni e Distretto RMG5.



Fonte: elaborazione a cura dell'Ufficio Piano di Zona - Distretto RMG5 su dati ISTAT.

Una diminuzione del rapporto tra la popolazione anziana con più di 65 anni rispetto alla popolazione giovane fino ai 14 anni si registra per: San Cesareo, Zagarolo e Gallicano nel Lazio che sono anche tra i comuni del Distretto, insieme a quelli di Palestrina e Cave, per i quali si osserva un continuo trend in aumento della popolazione residente: si tratta evidentemente di famiglie con figli che scelgono di trasferirsi fuori dai contesti urbani dove trovano più vantaggiosi i costi relativi agli affitti e all'acquisto delle abitazioni. L'incremento della popolazione in buona parte è dovuto anche alla numerosità dei cittadini stranieri più numerosi proprio su questi territori. Più in dettaglio passando dal 2005 al 2013 si registrano i seguenti incrementi della popolazione: San Cesareo 17,3%, Zagarolo 15%, Palestrina 13,2%, Cave 9,2%.

La popolazione degli anziani equivale in valori assoluti a 12656 distribuiti tra uomini e donne come riportato in tabella.

Popolazione con più di 65 anni per genere e comuni di residenza.

	Uomini con + di 65 anni		Donne con + di 65 anni		totale
	V.A	%	V.A.	%	
Capranica	42	40	63	60	105
Castel San Pietro	73	43	97	57	170
Cave	714	42,3	975	57,7	1689
Galliciano nel Lazio	408	48,2	438	51,8	846
Genazzano	517	43,8	662	56,2	1179
Palestrina	1501	42,8	2002	57,2	3503
Rocca di Cave	45	46,4	52	53,6	97
San Cesareo	848	44,7	1046	55,3	1894
San Vito Romano	253	37	431	63	684
Zagarolo	1127	45,3	1362	54,7	2489
DISTRETTO	5528	43,7	7128	56,3	12656

Fonte: elaborazione a cura dell'ufficio Piano di zona su dati ISTAT al 1 gennaio 2011

La tabella sotto riportata mostra i dati degli anziani rimasti soli, ossia in condizione di vedovanza.

La percentuale delle persone con più di 65 anni che vivono in tale condizione è di oltre il 60%.

La tabella 4 mostra che tra le persone rimaste vedove solo 8% è di genere maschie. La rimanente percentuale (pari al 92%) riguarda le donne che vivono senza il coniuge affianco e a condurre in solitudine la propria vecchiaia.

Popolazione in condizione di vedovanza con più di 65 anni (V.A)

	Uomini		Donne		totale
	V.A	%	V.A.	%	
Capranica	3	4,5	63	95,5	66
Castel San Pietro	10	1	97	99	107
Cave	83	7,8	975	92,2	1058
Galliciano nel Lazio	50	10,2	438	89,3	488
Genazzano	52	7,3	662	92,7	714
Palestrina	162	7,5	2002	92,5	2164
Rocca di Cave	5	8,8	52	91,2	57
San Cesareo	88	7,7	1046	92,3	1134
San Vito Romano	35	7,5	431	92,5	466
Zagarolo	139	9,3	1362	90,7	1501
DISTRETTO	627	8	7128	92	7756

3. Delineare il quadro territoriale dei bisogni.

Il Piano di Zona quale strumento di programmazione locale degli interventi e dei servizi socio-assistenziali segue un percorso tecnico che consiste in due aspetti: uno è l'individuazione delle risorse indicate dalla Regione Lazio; l'altro fa riferimento alle attività specifiche e tecniche della programmazione. Le attività di programmazione dell'Ufficio di Piano consistono in prima battuta nell'analisi di contesto e dei bisogni sul territorio di riferimento. Tale analisi è finalizzata all'individuazione delle problematiche -soprattutto se nuove e tendenzialmente in crescita-; alla conoscenza dei fenomeni locali (es. caratteristiche, dimensione, diffusione, etc.); all'individuazione delle carenze e delle cause del disagio. L'analisi del bisogno si completa anche dell'analisi delle risorse: ossia i punti di forza che facilitano e rendono possibile il raggiungimento degli obiettivi. Da ciò ne consegue che l'individuazione dei bisogni è un'attività indispensabile per formulare una qualunque azione programmata. Questo tipo di lavoro, cioè l'analisi di contesto e dei bisogni può essere realizzato con varie tecniche utilizzate nell'ambito della ricerca sociale, tra i più noti e usati: *focus group, interviste, questionari*, etc. Il modello utilizzato dal Distretto RM G5 consiste nei seguenti metodi:

- Analisi delle fonti: dati, letteratura, studi e ricerche, excursus normativi, etc.;
- Tavoli tematici: strumento qualitativo e di confronto aperto tra i partecipanti (operatori dei servizi territoriali, terzo settore, cittadini, etc.);
- Comitato tecnico: strumento qualitativo composto da referenti della rete dei servizi territoriali (per usare un linguaggio tecnico della ricerca sociale potremmo definire i partecipanti *testimoni privilegiati*);

Per le attività di monitoraggio e valutazione ma anche di conoscenza più approfondita sui gruppi target.

- Unità Valutative Distrettuali: strumento di valutazione multidisciplinare del bisogno socio-sanitario complesso finalizzato alla presa in carico;
- Sistema Informativo Distrettuale (SID): realizzato a partire dall'offerta dei servizi distrettuali, individuazione del fabbisogno conoscitivo, costruzione degli strumenti di rilevazione per il sistematico inserimento dei dati, configurazione dell'ambiente di lavoro e flusso delle informazioni.
- Schemi di relazioni: si tratta di strumenti di autovalutazione utilizzando un criterio schematico per una rapida individuazione e confrontabilità degli argomenti trattati.

3.1 area minori e famiglie.

Dall'organizzazione delle informazioni qualitative raccolte dai tavoli tematici condotti relativamente all'area dei minori e famiglie emergono sul territorio condizioni che descrivono le problematiche più ricorrenti riscontrate sul territorio distrettuale. Tra le tematiche principali e di forte attualità è sicuramente la *difficoltà economica* -come dimostrano le richieste di contributi economici che ricevono i Comuni, le richieste di emergenze sociali e attivazioni di borse lavoro quali misure di contrasto alla povertà con fondi distrettuali. Difficoltà di questo tipo, cioè quelle economiche, hanno fatto registrare nuovi utenti mai arrivati prima presso i servizi sociali in cerca di alloggi e supporto economico. Si tratta di un particolare e contestuale disagio legato alla perdita economica delle famiglie e alla continua esposizione alla precarietà e contrazione lavorativa. E' proprio di questi giorni la programmazione territoriale degli interventi per il sostegno abitativo.

Il periodo di crisi non facilita la ricerca di occupazione né giovanile né di chi si trova in condizione di ricerca di nuova occupazione. Questo scenario costituisce oltre ad un peggioramento della qualità della vita, un fattore di rischio a cui le famiglie vengono ulteriormente esposte.

A carico delle famiglie si registrano disagi e problematiche ben più complessi che minano la tenuta della famiglia in quanto istituzione sociale con funzioni educative, formative, di tutela e responsabilità all'interno della comunità. Su questi territori si registra un aumento della popolazione spesso riversata dalla limitrofa periferia urbana già portatrice di forti bisogni e carenze. Si registra in generale un progressivo depauperamento del tessuto sociale che acuisce le diversità sociali, culturali ed etniche. Sul territorio sono in aumento interventi di supporto alla relazione genitori-figli soprattutto nei casi di ricongiungimenti familiari ad alta conflittualità in seguito ai processi migratori che hanno caratterizzato questa area. I servizi che operano anche nel contesto scolastico confermano situazioni di disagio comportamentale che riconducono a nuclei familiari problematici. In questi casi se si tratta di nuclei stranieri si registra una mancata integrazione, condizioni di indigenza e deprivazione socio-ambientale. Il comportamento spesso rilevato e descritto dagli operatori 'esprime difficoltà e resistenza rispetto alla regole, alla partecipazione e alla vita scolastica'. Su queste particolari forme di disagio intervengono i servizi ASL – in modo particolare il servizio –STSMREE-, i servizi sociali comunali e gli enti di Terzo Settore che gestiscono alcuni dei servizi distrettuali come ad esempio la *mediazione linguistico-culturale*. Si tratta di un servizio che viene erogato a supporto di cittadini stranieri tra i quali alunni di diversa nazionalità e le loro famiglie. Nel 2010 su questo distretto tra ASL, Comuni e scuola è stato firmato un protocollo per accoglienza di alunni stranieri. Altri servizi attivi sulle problematiche educative riguardano, appunto, *l'educativa territoriale* e il *sostegno psicosociale*, interventi mirati a produrre cambiamenti individuali e collettivi per minori e famiglie a rischio, ma anche per promuovere, in senso più generale, un benessere della comunità.

Anche dai dati di sfondo raccolti attraverso i Comuni per la redazione del Piano Affidi, che vede coinvolto in prima battuta il Polo Affidi composto da operatori socio-sanitari della ASL (Consultorio Familiare e servizio STSMREE) e dei Comuni, si evince che non mancano situazioni di famiglie in difficoltà che almeno momentaneamente non possono garantire un ambiente idoneo alla crescita dei propri figli. Le situazioni di disagio possono andare dalla deprivazione degli ambienti e inadeguate competenze genitoriali, conflitti familiari, patologie psichiche, dipendenze da sostanze psicotrope (alcol e droga), situazioni di reclusione e carcerazione, violenza e maltrattamenti, etc. Naturalmente i comuni a più alta densità della popolazione presentano una problematica maggiore delle famiglie a fronte invece di altri comuni piccoli con nuclei

familiari composti da coniugi anziani. Ciò conferma una disomogeneità del territorio in base ai bisogni rilevati.

Anche dalla recente redazione del Piano Abusi che vede coinvolto in primo piano il GOI –Gruppo Operativo Integrato per la gestione del fenomeno abuso e maltrattamento composto anch'esso da operatori socio-sanitari della ASL e dei Comuni- si evince un aumento dei casi e della loro complessità.

Le difficoltà che le famiglie si trovano ad affrontare riguardano anche aspetti della disabilità. Nei nostri servizi vengono presi in carico minori per i quali si prevedono piani individualizzati con prestazioni sociali e sanitarie: si tratta infatti di servizi integrati tra servizi ASL (servizio STSMREE e il servizio per disabili adulti), servizi sociali comunali ed enti di terzo settore, volte a valorizzare le autonomie e le capacità residue. Molti tra i minori presentano sindrome autistica. Proprio recentemente, il 2 aprile, si è svolta la giornata mondiale dell'autismo. Risultano di fondamentale importanza percorsi integrati tra i servizi ASL, i Comuni e la scuola per ridurre la frammentazione degli interventi e di conseguenza la loro efficacia. Oltre naturalmente ad una diagnosi precoce nei primi anni di vita del bambino sono cruciali i passaggi nelle varie fasce di età: dall'infanzia all'adolescenza fino ad arrivare all'età adulta. La presa in carico in questi servizi accompagnano tali percorsi evolutivi per non disperdere le acquisizioni e il mantenimento delle abilità avvenute durante le fasi precedenti. L'esperienza dei nostri servizi conferma che l'efficacia degli interventi è determinata non solo dalla continuità degli stessi ma anche dal coinvolgimento delle famiglie che necessitano di essere supportate per il pesante carico che comunque ricade su di loro e che tocca vari aspetti della vita sociale. Ne consegue che il coordinamento e l'integrazione degli interventi aumenta non solo la qualità della vita dei bambini autistici ma anche delle loro famiglie. Da sviluppare sul nostro territorio è il contributo delle associazioni dei familiari che potrebbe avere un ruolo importante di sensibilizzazione, comunicazione e informazione, oltre che aumentare il livello di partecipazione al sistema integrato.

Per rimanere nell'ambito delle problematiche familiari e disabilità il DSM riferisce un trend in aumento di pazienti psichiatrici di età compresa tra i 16 e 25 anni. Spesso in questi casi emerge una stretta correlazione tra malattia mentale e uso di sostanze psicotrope.

Con riferimento al trend in aumento circa l'insorgenza precoce del disagio psichico, anche il servizio ASL – STSMREE- avverte lo stesso andamento.

Altre forme di problematiche sono connesse all'area *culturale/ricreativa e alla socializzazione*: reti familiari e di vicinato deboli quando non completamente assenti –spesso, soprattutto per gli anziani, si verificano situazioni di forte solitudine- carenza di momenti di scambio e animazione. Si conferma pertanto la necessità di spazi aggregativi, e di socializzazione, così come si confermano le difficoltà - dovute alla caratteristica del territorio che presenta vaste zone rurali e poco collegate- di spostamento e raggiungibilità dei centri urbani. Su quest'area interviene il servizio per le famiglie con bambini compresi da 0 a 3 anni quale progetto di sostegno alla genitorialità e di prevenzione per le famiglie in un momento così importante nel ciclo vitale della famiglia stessa. La nascita dei figli segna un passaggio importante nelle famiglie neo-costituite in quanto include gli aspetti genitoriali nella vita di coppia. L'assestamento e il superamento di questa fase della relazione coniugale richiede investimento ed energia. Il progetto in

un'ottica preventiva punta alla promozione e al benessere della famiglia e della comunità. Su quest'area intervengono anche i servizi di socializzazione come i centri estivi e centri diurni per minori.

La tabella che segue sintetizza i bisogni più ricorrenti che spesso le famiglie si trovano ad affrontare con specifico riferimento al territorio distrettuale:

Tabella 4: categorie di bisogni rilevati sul territorio distrettuale

DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
difficoltà economiche	<i>Redditi bassi, difficoltà ad affrontare spese improvvise, difficoltà al pagamento delle utenze e altri servizi</i>
Problematiche lavorative e alloggiative	<i>Perdita di lavoro o difficoltà ad inserirsi nel mondo del lavoro da parte dei figli. Costo degli affitti, ristrutturazioni, etc.</i>
Assistenza a familiari anziani e minori disabili	<i>Accudimento di familiari non autosufficienti che spesso impediscono soprattutto alle donne di lavorare fuori casa. Isolamento delle famiglie dalle reti sociali. Insufficienza dei servizi domiciliari.</i>
Accudimento di minori da 0-3 anni	<i>Pochi servizi di supporto alla famiglia in questa fase della crescita dei propri figli. La nascita dei figli rappresenta un evento di cambiamento nel ciclo di vita della famiglia.</i>
Integrazione/esclusione sociale	<i>Nuclei problematici con difficoltà di integrazione sia degli adulti che dei minori nelle scuole. Nei casi di maggiore compromissione delle competenze genitoriali i servizi utilizzano l'affido.</i>
Difficoltà educative	<i>Dal bisogno più 'leggero' di sentirsi sostenuti e orientati nel compito educativo attraverso incontri con esperti, istituzioni scolastiche e formative, servizi educativi, parrocchie, etc. a situazioni più complesse in cui si manifestano episodi di bullismo e altre situazioni che necessitano un maggiore investimento delle responsabilità familiari</i>
Tutela e relazioni familiari	<i>Affidi, adozioni, separazioni della coppia genitoriale ad alta conflittualità, prassi giudiziarie. Rientra in questo bisogno l'opportunità di promuovere lo sviluppo e la formazione di figure volontarie come tutori e amministratori di sostegno.</i>

Tipologia utenza	MACROTIPO	TIPO
- Famiglie e minori	- Servizi domiciliari	- Disabilità grave L.162/98 - Assistenza Domiciliare Distrettuale - Educativa territoriale
	- Servizi di supporto alla famiglia e all'infanzia	- Sostegno alla genitorialità (0-3 anni)
	- Servizi di supporto economico	- Sostegno economico alle famiglie affidatarie
	- Servizi di prevenzione e integrazione/inclusione	- Mediazione linguistica culturale per l'integrazione di alunni immigrati e loro famiglie - Sostegno psico-sociale
	- Servizi di socializzazione	- Centri diurni - Centri estivi
	- Servizi alla persona	- Accompagnamento centri di riabilitazione ex art. 26

La tabella sottostante riporta i dati degli utenti valutati e seguiti -o semplici fruitori- di servizi distrettuali nel 2013. Si specifica che il turn over nei servizi domiciliari per minori è molto basso. Di norma sono anche i servizi dove si registra la lista di attesa che attualmente è presente nel servizio di "educativa territoriale". Come emerge dai monitoraggi effettuati sui servizi gli utenti vengono dimessi per raggiungimento degli obiettivi, per inserimento in centri semiresidenziali, o, in alcuni casi per rinuncia.

Utenza fruitrice dei servizi distrettuali per minori e famiglie

	In carico/fruitori	Tot. utenza accertata/fruitrice
Disabilità grave L.162/98	25	35
Ass. Domiciliare Distrettuale	10	10
Educativa territoriale	30	50
Sostegno alla genitorialità (0-3 anni)	130	130
Sostegno economico alle famiglie affidatarie	40	40
Mediazione interculturale nelle scuole	42	42
Sostegno psico-sociale	35	35
Centri diurni	99	99
Centri estivi	190	190
Accompagnamento	10	10
Home Care Premium	3	3
TOTALE	614	644

3.2 Area Anziani 2014

I dati sui Comuni del Distretto socio-sanitario RMG5 relativamente alla popolazione residente con più di 65 anni consentono di avere una lettura di sfondo sul tema della terza età che spesso si associa ad aspetti della vita legati alla riduzione e, in molti casi, alla perdita dell' autosufficienza.

Il comune con più alta concentrazione della popolazione over 65 anni è Capranica Prenestina (31,2%) seguito da Rocca di Cave (25,3%), Castel S. Pietro (21,5%), S. Vito Romano (21%), Genazzano (19,1%)¹. In linea generale si conferma in quasi tutti i Comuni un aumento della popolazione anziana.

Per la popolazione anziana, che versa in condizione di non autosufficienza, il Distretto eroga il Servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale (ADD), che prevede un sistema di interventi domiciliari volti a soddisfare i bisogni di natura socio-assistenziale degli anziani non autosufficienti e a favorirne la permanenza nel proprio contesto di vita.

Le prestazioni erogate a carattere sociale riguardano l'igiene della casa, le commissioni esterne, la mobilitazione e la prevenzione delle piaghe da decubito, il controllo nell'assunzione dei farmaci, l'accompagnamento presso uffici e strutture sanitarie.

Rimane ancora forte il bisogno delle persone anziane assistite di alleviare il peso della solitudine, ciò vale ancora di più per le persone che vivono sole: per condizione di vedovanza, lontananza dei figli, abitazioni decentrate e isolate. Per loro il rischio di esclusione è di una totale e prematura perdita della non autosufficienza che diventa vera emergenza. Il territorio, inoltre, risente di una rete ancora debole a sostegno degli anziani. Il volontariato ad esempio potrebbe svolgere un ruolo preventivo e di sollievo alla solitudine migliorando il benessere delle persone sole e assistite e di conseguenza la qualità della loro vita, ma al momento tranne un volontariato religioso e la Croce rossa, non sembrano attivarsi percorsi alternativi o laici in favore degli anziani.

Dai dati raccolti dall'Ufficio di Piano sulle persone iscritte ai Centri Anziani emerge che su quasi tutti i territori questi rappresentano un buon punto di aggregazione reclutando in molti casi tra il 30 e il 40% delle persone con più di 65 anni. Solo in uno dei 10 comuni afferenti al distretto il Centro anziani non arriva a reclutare il 10 % degli anziani residenti.

Altri dati interessanti provengono dal numero delle iscrizioni suddiviso per genere. Sostanzialmente si bilanciano le quote del genere maschile e femminile, ma in molti casi sorprende la componente delle donne che supera quella degli uomini anche del doppio. Come spiegato dai presidenti stessi molte

¹ Fonte: ISTAT, 2007.

donne che frequentano i centri vivono una condizione di vedovanza: il centro anziani, dunque, rappresenta una valida occasione di socializzazione e aggregazione. Questo dato, insieme a quello che attribuisce una nutrita rappresentanza al genere femminile per la carica di presidente (su 12 presidenti contattati 5 sono donne) lascia interpretare un cambiamento già avviato relativamente alla partecipazione all'interno dei centri anziani che forse, in passato, costituivano punto di ritrovo maggiormente frequentato da uomini.

Dall'ultimo tavolo tematico sugli anziani -al quale hanno partecipato i presidenti dei Centri- sono emerse interessanti attività svolte: si tratta di attività culturali (es. lettura e commento di opere letterarie e relativa visione dei film), di animazione, incentivazione e conservazione di tradizioni, artigianato e attività manualistiche (ricamo, cucito, etc), etc. Non manca l'attenzione e la consapevolezza verso quanti di loro sul territorio vivono situazioni di maggiore disagio e difficoltà: da qui la disponibilità ad intraprendere anche attività di tipo solidaristico come ad esempio svolgere piccole commissioni quotidiane (spesa alimentare, acquisto e consegna di farmaci, etc). Da quanto riferito, però, dai presidenti partecipanti al tavolo non sono pervenute significative richieste di aiuto in questo senso.

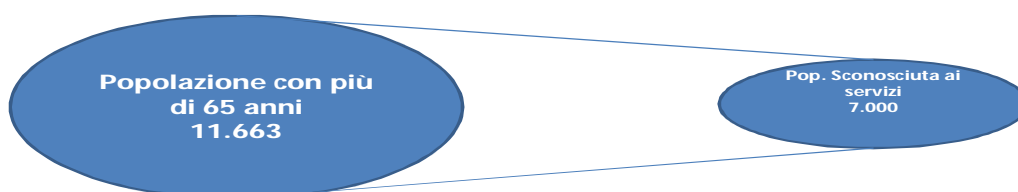
Altro dato interessante emerso durante la discussione dei tavoli è che molte persone pur volendo frequentare i centri non possono farlo per motivi di trasporto: si tratta di persone che pur in buona salute non hanno la possibilità di coprire agevolmente lunghe distanze in quanto vivono fuori dai centri abitati e sono sprovvisti di mezzi propri di locomozione. Tale situazione inevitabilmente acuisce il peso della solitudine.

L'obiettivo pertanto rimane quello di prevenire e contrastare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione, nonché il ricorso a ricoveri impropri.

Per progettare interventi è essenziale avere chiaro chi sono i destinatari soprattutto se si tratta di nuovi interventi e quindi nuovi e specifici bisogni a cui rispondere. Si ravvisa la mancanza di un servizio in grado di rispondere a un target di anziani che vive in una condizione di isolamento aggravata da difficoltà dovute ad una parziale autosufficienza, persone per le quali il territorio non ha ancora risorse disponibili da offrire. In sostanza, un servizio per persone con più di 65 anni che non usufruiscono né di servizi domiciliari e di cura a carattere socio-sanitario né di attività e opportunità di socializzazione, animazione e aggregazione presenti sul territorio. Per poter individuare con maggiore approssimazione possibile l'entità degli utenti potenzialmente fruitori di un nuovo servizio si è cercato di quantificare la popolazione anziana di cui non si conosce la condizione di vita in quanto non nota ai servizi distrettuali rivolti alla non autosufficienza: Assistenza Domiciliare Distrettuale, Assistenza Domiciliare Comunale e

assistenza domiciliare sanitaria (CAD); assistenza Alzheimer; RSA; e né ai centri di animazione e aggregazione come, appunto, i Centri anziani presenti su tutti i dieci comuni del distretto. Da queste fonti di dati è ipotizzabile stimare, seppure approssimativamente, l'universo di anziani non autosufficienti noti ai servizi (circa 1500, pari al 13% sul totale dei residenti con più di 65 anni) e quella degli anziani – al contrario- autosufficienti noti attraverso i Centri anziani (per un totale di circa 3000 persone (pari al 26% dei cittadini con più di 65 anni). I dati così ottenuti sono stati sottratti al totale della popolazione anziana residente per ottenere un target di popolazione ultra sessantacinquenne di cui non si conosce la condizione di vita in quanto non usufruiscono di servizi sul territorio (figura sotto riportata).

Stima delle persone anziane di cui non si conosce la condizione di vita.



Naturalmente le stime sono approssimative, in quanto non si dispone di una unica fonte informatizzata. Sono inoltre parziali perchè molte situazioni di non autosufficienza vengono gestite al di fuori del un sistema di welfare come ad esempio nei casi in cui è la sola rete familiare a farsi carico del lavoro di cura: o attraverso una persona dello stesso nucleo (quasi sempre una donna); oppure ricorrendo a forme di aiuti privati meglio conosciuti – seppure con un termine improprio- come fenomeno del badantismo. Ciò è confermato dall'Indagine Multiscopo dell'istat (2005) secondo cui è una peculiarità italiana quella di un

modello assistenziale fondato sulla famiglia. Secondo la stessa ricerca solo il 20,9% delle famiglie con disabili usufruisce di assistenza domiciliare sanitaria o sociale.

Altro bisogno percepito sul territorio è l'accrescimento del benessere e della qualità della vita dell'intero nucleo familiare, al centro dell'intervento, infatti, non solo i bisogni degli assistiti, ma anche di coloro che assumono l'oneroso ruolo di *caregiver*, considerando che la non autosufficienza, soprattutto quando è procurata da una malattia neurologica o da demenza senile stravolge non solo il paziente, ma anche chi gli è vicino: coniuge, figli, etc. Infatti anche dal monitoraggio effettuato per l' Assistenza Domiciliare Distrettuale si conferma che spesso il ruolo di *caregiver* viene assunto dal coniuge della persona assistita, che pur avendo frequenti contatti con i figli, pone problematiche legate alla sua stessa fragilità trattandosi a sua volta di persona anziana e portatrice di altre patologie sebbene in forma minore. Per anziani affetti da patologie quali Alzheimer, Parkinson e altre forme di demenza senile –in considerazione anche di quanto emerso anche nella riunione avvenuta presso la Regione Lazio a giugno 2012- è necessario provvedere e prevedere servizi aggiuntivi, le famiglie di questi anziani sono infatti fortemente penalizzate dalla carenza di servizi a domicilio o di strutture diurne adeguate. Sul Distretto è attivo presso la ASL un progetto di assistenza Alzheimer. Gli utenti accedono al servizio presentando domanda al CAD di appartenenza la domanda e allegando l'impegnativa del medico curante con la diagnosi rilasciata dall'Unità Valutativa Alzheimer (U.V.A). Il servizio è in grado di erogare 6 ore di assistenza per tre giorni alla settimana (18 ore in tutto).

Occorrerebbe ampliare l'offerta dei servizi oltre che sul fronte medico anche su quello sociale. Ampliare l'assistenza domiciliare e individuare nuove possibilità di accogliere gli utenti nei centri diurni sarebbe una risposta importante anche per le famiglie. Altri interventi di carattere sociale non presenti sul territorio riguardano i *letti di sollievo*, ossia centri per l'accoglienza residenziale e temporanea degli ospiti dei centri diurni. Tale servizio di supporto offrirebbe ai caregivers una pausa di assistenza ritardando l'istituzionalizzazione dei malati. Ancora sul fronte sociale sarebbero utili gruppi di auto mutuo aiuto per contrastare l'isolamento delle famiglie, gruppi dove l'attivazione, la condivisione e la responsabilità delle persone che si trovano ad affrontare le stesse problematiche diventa risorsa in uno scambio reciproco di vissuti ed esperienze. Poco utilizzata sul territorio è la figura dell'amministratore di sostegno che -insieme alle organizzazioni di volontariato- inizierebbe a colmare un importante tassello delle reti di sostegno attorno alle persone e alle loro famiglie.

Sul fronte delle iniziative di integrazione socio-sanitarie allargare la rete con altri servizi e risorse del territorio come ad esempio trovare partner per la partecipazione a bandi o per attività di fund-raising. Importante per l'integrazione socio-sanitaria è anche la disponibilità di un *data base* unico per la

condivisione di informazioni che possono essere comuni tra i vari servizi: servizi sociali, cad, medici, distretto socio-sanitario, medici di base, centri UVA. L'architettura dei sistemi informativi consente poi di implementare le informazioni comuni e di base per aree e competenze specifiche di ogni servizio.

Sul Distretto RMG5 è stato realizzato nel 2012 un primo corso di formazione professionale della durata di 120 ore, al quale è seguito, a maggio 2012 un, secondo corso della durata di altre 180 per la qualifica di *assistenti familiari*.

Il CAD di Palestrina ha un bacino di utenza in carico di circa 1.500 persone. Gli utenti in carico a questo servizio sono per il 90% anziani non autosufficienti (circa 1.350). Di questi 34 ricevono anche un sostegno di tipo sociale, hanno cioè l'assistenza domiciliare distrettuale (meno del 2,5%). Si è ancora lontani dal raggiungimento di almeno il 10% di copertura.

Sul territorio di competenza della ASL RMG –che comprende 6 distretti sania tri: Mentana Monterotondo, Guidonia, Tivoli Subiaco, Palestrina , Colleferro- si trova un Centro Diurno per malati di Alzheimer con sede a Guidonia.

I dati in tabella si riferiscono agli utenti affetti da patologia Alzheimer e altre forme di demenza senile che usufruiscono del servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale. Si tratta di utenti donne con più di 65 anni in condizione di vedovan za. Il dato è stato fornito al Comune di Tivoli per il progetto interdistrettuale Alzheimer ai sensi della DGR 540/2012.

Fonte: Sistema Informativo Distrettuale – SID al 31/12/2013

n. utenti	ore settimanali	settimane	totale ore
1	3	52	156
2	5	52	260
3	4	52	208
4	3	4	12
5	3	8	24
			660

A completare l'offerta dei servizi, seppure non è una risorsa del Piano di Zona, è il progetto Home Care Premium di Assistenza Domiciliare Inps Gestione Dipendenti Pubblici. Con il progetto vengono assistete in totale 63 persone di cui 43 sono anziane non autosufficienti che usufruiscono di piani di intervento

individuali che prevedono l'assunzione di un assistente familiare con il contributo economico versato all'utente dall' INPS, e prestazioni integrative erogate da enti gestori. Le prestazioni integrative sono: Intervento socio assistenziale specialistico a domicilio (OSS); interventi socio assistenziali da svolgersi presso un centro diurno; interventi di sollievo domiciliare anche per sostituzioni temporanee dei caregivers; servizi di accompagnamento e trasporto; consegna pasti a domicilio; ausili e domotica.

Dati di sintesi del servizio Assistenza Domiciliare Distrettuale dal 2007 al 2013

Nell'arco di sei anni hanno fatto richiesta e sono stati presentati presso l'Unità Valutativa Distrettuale per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale 170 utenti.

Durante questi anni sono usciti dal servizio di ADD complessivamente 63 utenti. Più in dettaglio:

Motivi di fuoriuscita dal servizio dal 2007 al 2013

decesso	45
Inserimento in struttura -RSA	8
Rinuncia	5
altro	5
TOTALE	63

Fonte: Sistema Informativo Distrettuale – SID al 31/12/2013

Non sono mai stati attivati -per decesso sopraggiunto prima dell'attivazione- 18 utenti.

Nel corso dell'ultimo anno di riferimento sono rimasti in lista di attesa 15 utenti i quali sono stati attivati o nel corso dello stesso anno o nel 2014.

La media annua degli utenti nel servizio oscilla da un minimo di 70 a un massimo di 80 con una media di ore settimanali che non supera le 4,30.

I dati esposti relativamente ai decessi (una media di 7-8 anni) e agli inserimenti in struttura si riferiscono agli anziani ma nel servizio il dato è composto di minori, adulti e anziani:

distribuzione per fasce di età

minori	10
Adulti	36
Anziani	24
TOTALE	70

Fonte: Sistema Informativo Distrettuale – SID al 31/12/2013

categorie di bisogni rilevati sul territorio distrettuale

DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Condizione di non autosufficienza e servizi domiciliari	<i>Necessità di soddisfare bisogni di natura socio-assistenziale e favorire la permanenza nei propri contesti di vita.</i>
Solitudine, isolamento, emarginazione, abbandono	<i>Bisogno dalle diverse tonalità e intensità: alleviare il peso della solitudine, facilitare gli spostamenti con servizi di trasporto e navette, ma anche predisporre la tutela della persona anziana in stato di forte emarginazione e abbandono. Anche in questi casi è opportuna la figura dell'amministratore di sostegno.</i>
Sollievo, accrescimento del benessere e della qualità della vita dell'intero nucleo familiare	<i>Ampliamento di servizi domiciliari e strutture diurne soprattutto per malati di Alzheimer e altre forme di demenza senile.</i>
Coordinamento dei centri anziani per la terza età attiva e risorsa della comunità	<i>Ampliamento e coordinamento dei centri anziani per uniformare le opportunità di partecipazione, socializzazione e impegno in varie attività.</i>

Offerta dei servizi per anziani

- Anziani	- servizi domiciliari - servizi di socializzazione	- ADD, Assistenza Domiciliare Distrettuale - HCP, Home Care Premium - Centri anziani
-----------	---	--

Numerosità degli utenti

Servizi	Utenti in carico	Utenti usciti e/o valutati dai servizi
ADD	24	50
HCP	43	43
TOTALE	67	93

3.c. Area Disabili

DISABILI PSICHICI

Per quanto riguarda i disturbi mentali i più diffusi sono nell'ordine: depressione, schizofrenia e psicosi. Il quadro è sostanzialmente confermato dalla stima calcolata dal DSM di Palestrina sulla popolazione con età superiore ai quattordici anni con riferimento alla depressione e alla schizofrenia. Si tratta naturalmente di stime in quanto come è noto è assai complicato ottenere il numero delle persone sofferenti di disagio mentale per una serie di resistenze e diffidenze culturali sul tema. Nonostante la legge tuteli da oltre 30 anni i malati mentali (legge 180/78 conosciuta anche come legge Basaglia), lo stigma nei confronti di queste persone perdura in ogni contesto e classe sociale.

Spesso gran parte dei disturbi psichiatrici non vengono diagnosticati e trattati se non quando la situazione diventa emergenza.

Il lavoro scaturito dai tavoli tematici per la costruzione del Sistema integrato dei servizi pone in evidenza carenze e necessità su cui intervenire.

Il DSM riferisce un trend in aumento di pazienti psichiatrici di età compresa tra i 16 e 25 anni. Spesso in questi casi emerge una stretta correlazione tra malattia mentale e uso di sostanze psicotrope.

Con riferimento al trend in aumento circa l'insorgenza precoce del disagio psichico, anche il servizio ASL STSMREE avverte lo stesso andamento.

Ciò pone in evidenza l'importanza della rete dei servizi e del collegamento tra servizi per l'età evolutiva con quelli per adulti; ciò al fine di evitare di incorrere in una diagnosi e trattamento tardivo.

In alcuni casi pazienti del DSM sono anche disabili fisici, per alcuni di loro si rendono necessari interventi di assistenza domiciliare. Attualmente nel servizio distrettuale di assistenza sono in carico degli utenti per i quali sono previste UVD (Unità Valutative Distrettuali) ad hoc in cui sono presenti tutti gli operatori sociali e sanitari che seguono i casi. Si tende dunque a privilegiare interventi il più possibile integrati sia in termini di équipe multidisciplinari sia per quanto riguarda l'integrazione sociale e sanitaria.

Il problema rimane legato ai casi di estrema emergenza per cui sono necessari strutture riabilitative. Nel Distretto è stato avviato, a giugno 2010 con il progetto *città amica*, una prima sperimentazione per l'accoglienza temporanea di pazienti psichiatrici in stato di emergenza sociale e non in fase acuta della malattia - per la quale intervengono i servizi sanitari quasi sempre con il ricovero in strutture psichiatriche - presso una struttura specializzata. Bisogna attendere una prima fase di valutazione per stabilire il tipo di risposta che il nuovo servizio distrettuale è in grado di offrire³.

Una modalità di inserimento – soprattutto lavorativo - per questo tipo di target va trovata senz'altro attraverso una più stretta collaborazione tra Centro per l'impiego, Scuole professionali, imprese locali, Comuni, ASL, favorita dalla programmazione territoriale già in corso attraverso i Piano di Zona.

I servizi territoriali per questa fascia di utenti sono: CSM; Centro Diurno Disagiati Psicici "il Quadrifoglio"; ADD (Assistenza Domiciliare Distrettuale).

5.3 MINORI DISABILI

Dai dati disponibili dal MIUR (Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca) si registra un aumento degli alunni disabili con certificazione nelle scuole.

Sul territorio distrettuale sono più di 100 gli alunni con certificazione di disabilità che usufruiscono del servizio di AEC (Assistenza Educativa Culturale). Tuttavia il numero potrebbe risultare sottostimato in quanto non sempre, seppure in presenza di disabilità certificata, viene richiesto dalle famiglie questo tipo di servizio. Inoltre il dato, reso disponibile dai servizi sociali comunali, si riferisce agli studenti fino alla scuola secondaria di I grado.

La normativa italiana a partire dalla fine degli anni '70 ha legiferato in tema di *"integrazione scolastica dei soggetti handicappati prevedendone la realizzazione attraverso una programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio assistenziali, culturali ricreativi, sportivi la dotazione delle scuole di idonee attrezzature tecniche..."* art.13, Legge 517/77) ponendo le basi per una integrazione, soprattutto dei minori, nei vari aspetti della vita quotidiana. Naturalmente sono ancora molte le sfide per passare dall'affermazione dei diritti ad un reale percorso di integrazione e autonomia della persona disabile.

I servizi territoriali per i minori sono: S.T.S.M.R.E.E.; GLH, ADD, 162/98; AEC.

Alunni con problematiche certificate di disabilità e con AEC (Assistenza Educativa-Culturale) nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di 1° nel Distretto RMG5.

Anno accademico 2009/2010.

COMUNI	Alunni con AEC			Ore erogate settimanalmente			Ore richieste settimanalmente		
	infanzia	primaria	Primaria 1°	infanzia	primaria	Primaria 1°	infanzia	primaria	Primaria 1°
Capranica Prenestina	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Castel san Pietro	---	1	---	---	20	---	---	20	---
Cave	2	3	2	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gallicano nel Lazio	2	2	2	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Genazzano	---	2	5	---	20	60	---	25	70
Palestrina	8	6	1	116	99	20	nd	nd	nd

Rocca di Cave	---	---	---	---	---	---	---	---	---
S. Cesareo	7	9	5	92	117	77	92	117	77
San Vito Romano	1	---	2	10	---	20	12	---	24
Zagarolo	8	22	15	80	330	180	nd	nd	nd
TOTALI	28	45	32	298	580	357			

Fonte: elaborazione a cura Ufficio Piano di Zona su dati dei Servizi Sociali Comunali.

ADULTI DISABILI

La rappresentazione sociale della disabilità è mutata considerevolmente nel tempo così come la sua definizione. L'abbandono del termine "handicap" sostituito dal concetto di "persona con disabilità" diffuso dell'OMS sin dal 2003 (Anno Europeo sulla disabilità) ne sono gli esempi più immediati e riconoscibili agli occhi di tutti.

Si tratta di un percorso che naturalmente è legato alla produzione di leggi, ma anche all'attività di movimenti per la tutela dei diritti (come ad esempio le istanze portate avanti dalle organizzazioni di volontariato); al contributo dei *media*; alla crescente disponibilità e accessibilità all'informazione anche da parte delle famiglie.

Ancora oggi però la maggiore età per i disabili segna un passaggio non facile nella fruizione e nell'orientamento dei servizi. Anche su questo Distretto diminuiscono drasticamente gli studenti che passano dalla scuola dell'obbligo alle superiori dando origine ad un fenomeno di dispersione scolastica dovuto essenzialmente alla condizione di disabilità. Va comunque sottolineato che sono in aumento gli ingressi alla scuola superiore in relazione all'entrata in vigore della legge 9/99 che ha introdotto l'innalzamento dell'obbligo scolastico.

Molti insegnanti di sostegno delle scuole superiori ad indirizzi tecnici, in occasione dei tavoli tematici, hanno più volte segnalato la grande difficoltà ad avere una rete di riferimento per l'attivazione di percorsi e tirocini formativi finalizzati all'inserimento lavorativo: l'inserimento nel mondo del lavoro, infatti, appare una meta difficilissima da raggiungere. La legge n. 68/99 disciplina il collocamento per le persone disabili. Il testo normativo ha come finalità "la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato". Lo spirito che permea la legge è quello di sostituire il concetto di lavoratore disabile, considerato come fattore di perdita economica all'interno del sistema produttivo, con quello di elemento valido in un contesto di valorizzazione del capitale umano, in un'ottica di concreta integrazione sociale.

La legge prevede l'istituzione, sia a livello regionale sia provinciale, dei servizi per l'inserimento lavorativo dei lavoratori disabili (Tali competenze precedentemente erano del Ministero del Lavoro trasferite alle regioni e alle province con il D.lgs. 469/97).

Come già accennato occorrerebbe rafforzare collaborazioni con i Centri per l'impiego, aziende locali, scuole ed enti di formazione.

Particolarmente difficile per chi è disabile è spostarsi sul territorio: solo raggiungere le sedi scolastiche, in assenza di un servizio di trasporto adeguato, può rappresentare un ostacolo insuperabile. Le famiglie ancora una volta rappresentano l'unica possibilità di autonomia: esse stesse però vivono una sorta di perdita di punti di riferimento lamentando difficoltà e solitudine nella ricerca e attivazione di risorse disponibili.

Anche per la ricerca di informazioni, conoscenza della normativa (lavoro, integrazione, abbattimento di barriere architettoniche, ecc), opportunità, tempo libero, sport ed altro ancora non è sempre facile contrastare le difficoltà, la solitudine e il forte rischio dell'esclusione sociale.

Sul distretto RMG5 per gli adulti disabili si dispone di un Centro di formazione (ex Rosmini, oggi Tivoli Forma) e dei seguenti servizi distrettuali: Assistenza Domiciliare Distrettuale (ADD), Centro Diurno Disabili Adulti (CDDA), CAD, Ufficio H – ASL.

Modalità di assegnazione del finanziamento regionale DGR 233/12

In riferimento ai contenuti espressi nella delibera regionale riguardante il programma attuativo e gli interventi a favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e nello specifico: progetti mirati alla realizzazione e/o al potenziamento di percorsi assistenziali domiciliari e tenuto conto delle indicazioni del comitato istituzionale del 3/05/2013, si è provveduto all'individuazione di un indicatore complesso elaborato congiuntamente con il servizio sanitario competente (CAD RM G5), i servizi sociali comunali dove sono residenti i pazienti e l'Ufficio di Piano che tiene conto dei criteri più avanti indicati.

I pazienti affetti da tale patologia presenti nel nostro Distretto Socio-Sanitario sono quattro (4): di cui 2 residenti nel Comune di San Cesareo, 1 Palestrina (Carchitti), 1 Zagarolo.

Per quel che concerne il livello di stadiazione della malattia, tutti e quattro i pazienti sono al IV stadio, ossia quello più grave. Tenuto conto che il contributo mensile stabilito dalla DGR fissa l'importo massimo di € 2000,00 cadauno per le persone al IV stadio della malattia (deficit completo), si è provveduto in sede di Unità Valutativa Distrettuale –composta da CAD, Ufficio di Piano, Comuni di San Cesareo, Palestrina, Zagarolo- all'analisi di ogni singolo caso introducendo i criteri suggeriti dalla stessa D.G.R. riguardanti il contesto socio-economico dell'utente e la quantità di assistenza in termini di ore giornaliere garantite dalla rete dei servizi pubblici (PAI). Il contributo erogato dalla Regione Lazio per un anno è pari ad € 25.000,00.

Il livello di stadiazione, come indicato dalla Delibera Regionale, è il criterio primario di assegnazione del finanziamento, **tuttavia**, trattandosi di utenti nella stessa e più grave condizione di malattia (IV stadio) si è in una condizione di ex-aequo. Si è pertanto reso necessario introdurre i criteri di riparto sopra menzionati e di seguito descritti:

1° criterio: la rete dei servizi di assistenza di cui usufruiscono i malati di SLA residenti sul territorio distrettuale è composta dai seguenti interventi domiciliari: *assistenza sanitaria infermieristica, assistenza domiciliare comunale, assistenza domiciliare distrettuale.*

Viene valutata la quantità totale di ore di assistenza ricevuta e la rete dei servizi che la erogano.

A fronte di più ore erogate e a fronte di più servizi che intervengono sullo stesso caso si assegna una condizione di assistenza più alta. Di converso a fronte di meno ore e meno servizi che intervengono si assegna una condizione di assistenza più bassa.

2° criterio: il valore ISEE è stato suddiviso in tre fasce:

<u>Basso</u> (fino a 16.000,00)	<u>Medio</u> (da 16.001,00 a 32.000,00)	<u>Alto</u> (da 32.001,00 e oltre)
---------------------------------	---	------------------------------------

3° criterio: il contesto socio familiare è stato sinteticamente suddiviso in tre livelli:

<u>Assente</u> : persona sola e/o con familiari anziani e/o malati con precarie condizioni di salute e senza rete informale (vicinato, volontariato etc.)	<u>Sufficiente</u> : persona con almeno un familiare o altra persona convivente idonea in grado di prendersi cura, e/o presenza di rete informale	<u>Buono</u> : persona con più di un familiare e/o altra persona convivente idonea in grado di prendersi cura e/o presenza di rete informale
---	---	--

Sono state individuate tre fasce che tengono conto dei tre criteri contemporaneamente: bassa, media e alta.

La **fascia bassa** descrive una condizione di assistenza più svantaggiata.

La **fascia media** descrive una condizione di assistenza media.

La **fascia alta** descrive una condizione di assistenza meno svantaggiata rispetto alle precedenti.

La valutazione effettuata dagli operatori sociali e socio-sanitari colloca i quattro utenti nelle seguenti fasce: l'utente con codice 3 è nella situazione di assistenza più svantaggiata (fascia bassa), gli utenti con codice 1 e 4 sono nella situazione di assistenza media (fascia media), l'utente con codice 2 si colloca nella situazione di assistenza di minore svantaggio rispetto alle precedenti (fascia alta).

Codice utenti	fascia
1	media
2	alta
3	bassa
4	media

Nota: si allega il modello ISEE e la relazione dell'assistente sociale sul contesto socio-familiare.

Anche il totale annuo del finanziamento, pari a € 25.000,00, è stato suddiviso in tre fasce distribuite come segue:

1. € 720,00 per la fascia bassa che descrive la situazione di assistenza più svantaggiata;
2. € 550,00 per la fascia media che descrive la situazione di assistenza intermedia;
3. € 270,00 per la fascia alta che descrive la situazione di assistenza meno svantaggiata rispetto alle precedenti.

Riepilogo dell'assegnazione del finanziamento regionale

Codice utenti	Fascia di contributo mensile	Fascia di contributo annuo
1	€ 550,00	€ 6600,00
2	€ 270,00	€ 3240,00
3	€ 720,00	€ 8640,00
4	€ 550,00	€ 6600,00
		€ 25080,00

La scelta di riparto del finanziamento regionale individuata si ritiene che ottimizzi le risorse distribuendole su più utenti (in totale quattro) per dodici mesi.

Numerosità degli utenti nei servizi distrettuali per disabili

	Adulti
Ass. domiciliare distrettuale	40
Home Care Premium	20
Ass. disabili gravi L.162	8
Centro Diurno Disabili Adulti	13
Centro Diurno Disagiati Psicici	40
Provvidenze economiche	36
Trasporto disabili	8
SLA	4
	169

Fonte: Sistema Informativo Distrettuale –SID, giugno 2011

categorie di bisogni rilevati sul territorio distrettuale

DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Carenza di servizi domiciliari	<i>I servizi non coprono la necessità e il bisogno, sono lunghe le attese prima della presa in carico</i>
Irraggiungibilità dei servizi	<i>Gli utenti possono recarsi ai servizi solo con mezzi propri il che compromette l'autonomia del disabile e delle loro famiglie.</i>
Servizi di sostegno e sollievo per le famiglie	<i>Le famiglie rappresentano il centro e lo snodo della vita di un disabile, a loro volta necessitano di servizi di sostegno e sollievo.</i>
Carenza di volontariato e associazionismo	<i>Il volontariato, l'associazionismo e le reti di sostegno in genere stentano a dare risposte per attività integrative in particolare socializzanti e di mutuo-aiuto</i>
Mancanza di un osservatorio sulla disabilità	<i>Manca un osservatorio sulle disabilità attraverso il quale poter definire misure che rispondono ai bisogni primari e secondari dei disabili e delle loro famiglie.</i>
Rafforzamento del sistema integrato	<i>Il sistema integrato è costituito essenzialmente da Comuni e ASL</i>
Inserimento lavorativo	<i>L'inserimento lavorativo dei disabili passa ancora attraverso interventi dei Comuni (borse lavoro) piuttosto che interventi programmati che coinvolgono gli enti predisposti : centri per l'impiego, scuole di formazione professionale, sportelli tematici, etc.</i>

3.d Area emarginazione ed esclusione sociale

Il tema dell'emergenza sociale e dell'esclusione sociale tocca trasversalmente molte categorie di cittadini e si può manifestare in varie modalità. Il territorio del Distretto RMG5 presenta situazioni di emergenza che per certi versi sono simili a quelli dei contesti metropolitani a noi limitrofi, come ad esempio la concentrazione in specifiche aree territoriali di fenomeni dovuti a condizioni di marginalità e povertà ereditata con manifestazioni di microcriminalità giovanile. Anche il diffondersi dell'uso e abuso di sostanze psicotrope è un fenomeno che si percepisce in tutto il suo spessore come ci riferiscono gli operatori del SERT confermando la forte connessione tra uso di sostanze e disagio mentale.

Per altri versi le emergenze sociali riguardano situazioni di specificità del territorio come ad esempio gli anziani rimasti soli e in condizione di dimissioni ospedaliere e/o di accompagnamento in strutture. Persone adulte senza dimora o ancora famiglie in situazioni di emergenza abitativa ed economica.

L'attuale crisi economica ha peggiorato la condizione di persone con lavoro precario e irregolare aumentando l'accesso ai servizi sociali di soggetti fino a pochi anni fa autonomi rispetto al sostegno pubblico.

Il progetto "città amica" invece risponde ad emergenze soprattutto legate a condizione di solitudine, povertà socio-ambientale, ed emergenza abitativa per adulti, anziani e famiglie. Le attività consistono nell'inserimento degli utenti in strutture convenzionate con il Comune capofila di progetto con una copertura finanziaria fino ad un massimo di tre giorni, durante i quali i servizi sociali comunali hanno il tempo di provvedere a situazioni più stabili. Le strutture di accoglienza sono: case famiglia, centri di accoglienza e strutture residenziali. Completa l'attività del progetto il servizio di trasporto e accompagnamento per queste situazioni emergenziali (es. ospedale/struttura di accoglienza).

Più in dettaglio, come emerso dal tavolo tematico, il servizio ha risposto all'esigenza di accompagnamento e trasporto, inoltre il servizio è stato attivato per il collocamento e l'ospitalità temporanea di utenti presso strutture ricettive.

Sono in forte aumento le richieste da parte dei Comuni che chiedono l'attivazione per situazioni di sfratto esecutivo di nuclei familiari. Per tali situazioni il servizio non è in grado di dare risposte a causa della limitazione del budget.

Disagio abitativo.

bisogno rilevato e accertato

	Utenza accertata
Capranica	5
Castel San Pietro	4
Cave	105
Galliciano nel Lazio	30
Genazzano	49
Palestrina	120
Rocca di Cave	3
San Cesareo	6
San Vito Romano	22
Zagarolo	38
DISTRETTO	382

I dati riportati in tabella fanno riferimento all'utenza rilevata dai servizi sociali comunali con riferimento al bisogno abitativo espresso nell'ultimo triennio (2011-2013). Più in dettaglio si tratta di nuclei familiari che hanno presentato:

- richieste di contributo economico per il pagamento dei canoni di locazione;
- richieste per l'accesso alle graduatorie di alloggi popolari (ERP, ATER)
- richieste di contributi Canoni di locazione a norma della L. 431/98;

Utenza potenziale

Al momento non si conoscono dati certi sull'utenza potenziale, si tratta comunque di un bisogno sottostimato, nonostante i Comuni dispongano di alloggi popolari, inoltre è evidente che si tratta di un forte e crescente bisogno mai registrato negli anni passati. Lo stato di emergenza è legato non solo alla crisi ma anche alla migrazione di nuclei che si sono trasferiti sul nostro territorio dalla limitrofa periferia urbana e già socio- economicamente svantaggiati. Il quadro si completa della forte presenza dell'immigrazione straniera.

Tipologia di utenza

Si tratta di nuclei in età produttiva con figli che si trovano in situazioni di emergenza abitativa con sfratti esecutivi a causa di "morosità incolpevole" e ritardi di pagamento degli affitti. Inoltre l'utenza è composta da famiglie note da tempo ai servizi sociali per altre situazioni di multiproblematicità e con croniche condizioni di povertà e indigenza; sono solo pochi i casi di anziani soli.

Condizioni socio-economiche

Le condizioni socio-economiche dei nuclei familiari sono diventate precarie a causa della fuoriuscita dal sistema produttivo e conseguente passaggio al sistema assistenziale. I numerosi licenziamenti hanno prodotto un impoverimento delle famiglie che sono scivolte dalla cassa integrativa all'indennità di disoccupazione fino ad arrivare a situazioni di totale perdita di ammortizzatori sociali. E' chiaro che l'impoverimento e la mancanza di entrate economiche e di reddito non ha permesso alle famiglie di onorare gli impegni economici assunti e, in molti casi, il mutuo per l'acquisto degli immobili è saltato con la perdita di quanto versato e con l'intervento delle banche per il recupero del prestito.

Offerta dei servizi

- Multiutenza	- Servizi di assistenza alla persona	- Pronto intervento sociale
---------------	--------------------------------------	-----------------------------

categorie di bisogni rilevati sul territorio distrettuale

DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Trasporto di emergenza	<i>Il trasporto di emergenza costituisce un bisogno specifico di questo territorio</i>
Sfratti dei nuclei familiari	<i>Il disagio abitativo è crescente a causa della crisi fortemente avvertita. I servizi del pubblico privato, come ad es. i centri di ascolto della Caritas, intercettano tali disagi all'inizio dell'insorgenza. Infatti le famiglie prima di ricevere lo sfratto attraversano una condizione di fragilità e precarietà lavorativa ed economica. I servizi sociali, di norma, sono avvertiti preventivamente quando si tratta di sfratti di famiglie con minori. Spesso negli altri casi si tratta di emergenze a cui servizi sociali sono chiamati ad intervenire.</i>
Povertà, indigenza e bisogni alimentari	<i>Distribuzione alimentare</i>
Inserimento degli utenti in attività socializzanti e riabilitative	<i>Scarse possibilità di inserimento in attività socializzanti e riabilitative per soggetti con patologie psichiatriche che hanno terminato un percorso di cura e che hanno bisogno di opportunità per il rafforzamento delle capacità personali.</i>

area immigrati

Situazioni di ricongiungimento familiare registrano spesso un necessario sostegno all'inserimento del figlio in ambito socio-sanitario e scolastico. I genitori anche loro non perfettamente inseriti nel paese d'accoglienza, manifestano difficoltà e resistenze rispetto alla partecipazione che la vita scolastica del nuovo iscritto prevederebbe. I nuovi alunni, altrettanto disorientati per gli affetti ritrovati e per il nuovo "mondo" da affrontare, si isolano manifestando disagi comportamentali e, in qualche caso di conseguenza, fisici oppure fanno gruppo all'interno delle classi, non riconoscendo l'autorità dell'insegnante, violando – dunque - tutte le regole di buona convivenza.

Le famiglie soprattutto di origine Rom (stanziali) e rumene situate sul territorio di Zagarolo non si mescolano e spesso sono in conflitto tra loro. Si registrano, infatti, conflitti tra bande di adolescenti che si misurano e si sfidano sull'occupazione di porzioni territoriali.

"Nuove comunità stanno emergendo rispetto al passato. Se consideriamo, ad esempio, la comunità marocchina, diventata soltanto nell'ultimo anno emergente, ci accorgiamo che anche al suo interno si sono sviluppate dinamiche di concentrazione territoriale, ma maggiormente ripartite.

Se disaggreghiamo poi i dati in base al sesso, emergono differenze di presenza a volte sostanziali in relazione al genere e al comune di residenza. A tale proposito, nella comunità marocchina prevalgono gli uomini. Alcuni di loro sono impiegati nelle frutterie, che recentemente sono state aperte in gran numero sul territorio.

Tra le comunità emergenti merita sicuramente un approfondimento la comunità nigeriana, presente per lo più nel comune di Cave. Gli stranieri residenti a Cave al 1° gennaio 2011 sono 1.154 e rappresentano il 10,6% di tutta la popolazione residente. Anche qui la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania (55,2% di tutti gli stranieri residenti sul territorio), ma proporzionalmente in misura molto inferiore rispetto alla media distrettuale (71%). Altre comunità presenti sono quelle provenienti dall'Albania (9,1%) e dalla Nigeria (6,9%)." (Rapporto Osservatorio Romano 2013).

categorie di bisogni rilevati sul territorio distrettuale

DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICA RILEVATA
Mediazione interculturale	<i>Facilitazione del dialogo e avvicinamento fra persone e servizi per migliorare la relazione e i legami sociali.</i>

Sintesi dei bisogni rilevati sul territorio distrettuale

AREA MINORI E FAMIGLIE	
DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
difficoltà economiche	<i>Redditi bassi, difficoltà ad affrontare spese improvvise, difficoltà al pagamento delle utenze e altri servizi</i>
Problematiche lavorative e alloggiative	<i>Perdita di lavoro o difficoltà ad inserirsi nel mondo del lavoro da parte dei figli. Costo degli affitti, ristrutturazioni, etc.</i>
Assistenza a familiari anziani e minori disabili	<i>Accudimento di familiari non autosufficienti che spesso impediscono soprattutto alle donne di lavorare fuori casa. Isolamento delle famiglia dalle reti sociali. Insufficienza dei servizi domiciliari.</i>
Accudimento di minori da 0-3 anni	<i>Pochi servizi di supporto alla famiglia in questa fase della crescita dei propri figli. La nascita dei figli rappresenta un evento di cambiamento nel ciclo di vita della famiglia.</i>
Integrazione/esclusione sociale	<i>Nuclei problematici con difficoltà di integrazione sia degli adulti che dei minori nelle scuole. Nei casi di maggiore compromissione delle competenze genitoriali i servizi utilizzano l'affido.</i>
Difficoltà educative	<i>Dal bisogno più 'leggero' di sentirsi sostenuti e orientati nel compito educativo attraverso incontri con esperti, istituzioni scolastiche e formative, servizi educativi, parrocchie, etc. a situazioni più complesse in cui si manifestano episodi di bullismo e altre situazioni che necessitano un maggiore investimento delle responsabilità familiari</i>
Tutela e relazioni familiari	<i>Affidi, adozioni, separazioni della coppia genitoriale ad alta conflittualità, prassi giudiziarie. Rientra in questo bisogno l'opportunità di promuovere lo sviluppo e la formazione di figure volontarie come tutori e amministratori di sostegno.</i>
AREA ANZIANI	
DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Condizione di non autosufficienza e servizi domiciliari	<i>Necessità di soddisfare bisogni di natura socio-assistenziale e favorire la permanenza nei propri contesti di vita.</i>
Solitudine, isolamento, emarginazione, abbandono	<i>Bisogno dalle diverse tonalità e intensità: alleviare il peso della solitudine, facilitare gli spostamenti con servizi di trasporto e navette, ma anche predisporre la tutela della persona anziana in stato di forte emarginazione e abbandono. Anche in questi casi è opportuna la figura dell'amministratore di sostegno.</i>
Sollievo, accrescimento del benessere e della qualità della vita dell'intero nucleo familiare	<i>Ampliamento di servizi domiciliari e strutture diurne soprattutto per malati di Alzheimer e altre forme di demenza senile.</i>

Coordinamento dei centri anziani per la terza età attiva e risorsa della comunità	<i>Ampliamento e coordinamento dei centri anziani per uniformare le opportunità di partecipazione, socializzazione e impegno in varie attività.</i>
AREA DISABILI	
DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Carenza di servizi domiciliari	<i>I servizi non coprono la necessità e il bisogno, sono lunghe le attese prima della presa in carico</i>
Irraggiungibilità dei servizi	<i>Gli utenti possono recarsi ai servizi solo con mezzi propri il che compromette l'autonomia del disabile e delle loro famiglie.</i>
Servizi di sostegno e sollievo per le famiglie	<i>Le famiglie rappresentano il centro e lo snodo della vita di un disabile, a loro volta necessitano di servizi di sostegno e sollievo.</i>
Carenza di volontariato e associazionismo	<i>Il volontariato, l'associazionismo e le reti di sostegno in genere stentano a dare risposte per attività integrative in particolare socializzanti e di mutuo-aiuto</i>
Mancanza di un osservatorio sulla disabilità	<i>Manca un osservatorio sulle disabilità attraverso il quale poter definire misure che rispondono ai bisogni primari e secondari dei disabili e delle loro famiglie.</i>
Rafforzamento del sistema integrato	<i>Il sistema integrato è costituito essenzialmente da Comuni e ASL</i>
Inserimento lavorativo	<i>L'inserimento lavorativo dei disabili passa ancora attraverso interventi dei Comuni (borse lavoro) piuttosto che interventi programmati che coinvolgono gli enti predisposti : centri per l'impiego, scuole di formazione professionale, sportelli tematici, etc.</i>
AREA DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE	
DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Trasporto di emergenza	<i>Il trasporto di emergenza costituisce un bisogno specifico di questo territorio</i>
Sfratti dei nuclei familiari	<i>Il disagio abitativo è crescente a causa della crisi fortemente avvertita. I servizi del pubblico privato, come ad es. i centri di ascolto della Caritas, intercettano tali disagi all'inizio dell'insorgenza. Infatti le famiglie prima di ricevere lo sfratto attraversano una condizione di fragilità e precarietà lavorativa ed economica. I servizi sociali, di norma, sono avvertiti preventivamente quando si tratta di sfratti di famiglie con minori. Spesso negli altri casi si tratta di emergenze a cui servizi sociali sono chiamati ad intervenire.</i>
Povertà, indigenza e bisogni alimentari	<i>Distribuzione alimentare</i>
Inserimento degli utenti in attività socializzanti e riabilitative	<i>Scarse possibilità di inserimento in attività socializzanti e riabilitative per soggetti con patologie psichiatriche che hanno terminato un percorso di cura e che hanno bisogno di opportunità per il rafforzamento delle capacità personali.</i>
AREA IMMIGRAZIONE	
DEFINIZIONE DEL BISOGNO	DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICHE RILEVATA
Mediazione interculturale	<i>Facilitazione del dialogo e avvicinamento fra persone e servizi per migliorare la relazione e i legami sociali.</i>

AREA MINORI E FAMIGLIE	utenza accertata/fruitrice
Disabilità grave L.162/98	35
Ass. Domiciliare Distrettuale	10
Educativa territoriale	50
Sostegno alla genitorialità (0-3 anni)	130
Sostegno economico alle famiglie affidatarie	40
Mediazione interculturale nelle scuole	42
Sostegno psico-sociale	35
Centri diurni	99
Centri estivi	190
Accompagnamento	10
Home Care Premium	3
TOTALE	644
AREA ANZIANI	
ADD	50
HCP	43
TOTALE	93
AREA DISABILI	
Ass. domiciliare distrettuale	40
Home Care Premium	20
Ass. disabili gravi L.162	8
Centro Diurno Disabili Adulti	16
Centro Diurno Disagiati Psicici	40
Provvidenze economiche	36
Trasporto disabili	8
SLA	4

	172
AREA ESCLUSIONE	
Pronto intervento sociale	50
AREA IMMIGRATI	
Mediazione interculturale per adulti	46
Totale generale	1005

4. quadro generale dell'offerta dei servizi socio-assistenziali indicando dove e in che misura è stata operata un'integrazione tra i Comuni e la ASL

Tipologia utenza	MACROTIPO	TIPO	integrazione
- Famiglie e minori	- Servizi domiciliari	- 162/98 - ADD - Educativa territoriale	Regolamento, viste dom., UVD, SID Regolamento, viste dom., UVD, SID Regolamento, viste dom., UVD, SID
	- Servizi di supporto alla famiglia e all'infanzia	- Sostegno alla genitorialità (0-3 anni)	
	- Servizi di supporto economico	- Sostegno economico alle famiglie affidatarie	
	- Servizi di prevenzione e integrazione/inclusione	- Mediazione linguistica culturale per l'integrazione di alunni immigrati e loro famiglie - Sostegno psico-sociale	Supporto nelle attività del Piano abuso
	- Servizi di socializzazione	- Centri diurni - Centri estivi	
	- Servizi alla persona	- Accompagnamento centri di riabilitazione ex art. 26	
- Disabili adulti	- Servizi domiciliari	- ADD - 162/98	Regolamento, viste dom., UVD, SID Regolamento, viste dom., UVD, SID
	- Servizi di socializzazione	- Centro diurno disabili adulti - Centro diurno disagiati psichici	
	- Servizi di assistenza economica	- Provvidenze economiche per disagiati psichici	SID –Sistema Informativo Distrettuale
- Anziani	- servizi domiciliari	- ADD	Regolamento, viste dom., UVD, SID
- Persone affette da particolari forme di malattia	- Servizi di assistenza economica	- Assistenza domiciliare indiretta per malati di SLA - Trasporto dializzati	Regolamento
- Multiutenza	- Servizi di assistenza alla persona	- Pronto intervento sociale	-

	<ul style="list-style-type: none">- Azioni di sistema	<ul style="list-style-type: none">- Ufficio di Piano- Servizio sociale professionale- Segretariato sociale- Sistema informativo distrettuale	<ul style="list-style-type: none">-

5. specificare gli obiettivi strategici del Piano Sociale di Zona e, successivamente, articularli per misure.

Gli obiettivi strategici possono essere così sintetizzati:

1. Rafforzare la governante territoriale, nei termini di una maggiore condivisione di obiettivi, tempi, e modalità di attuazione della programmazione tra i diversi attori territoriali;
2. Avviare la programmazione integrata con le politiche del lavoro, della formazione professionale e dello sviluppo locale.

Obiettivi strategici articolati per misure

MISURE	OBIETTIVI STRATEGICI
MISURA I: servizi essenziali	
MISURA II: servizi essenziali piccoli Comuni	
MISURA III: non auto sufficienza	
MISURA IV: famiglia e minori	
MISURA V: contrasto alle dipendenze	
MISURA VI: inclusione sociale	
MISURA VII: spese sociali dei Comuni	

6. quali sono le iniziative adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi

Le iniziative realizzate prevedono la realizzazione di *schede* (in allegato) da utilizzare per le prese in carico degli utenti nei servizi distrettuali. Le schede utenti sono state configurate nel Sistema Informativo Distrettuale con una doppia finalità: disporre di dati gestionali sui servizi; disporre di elaborazioni con valenza di monitoraggio e valutazione. Questo uso dei dati consente di apportare modifiche e miglioramenti organizzativi in corso d'opera (monitoraggio) e per successive progettazioni (valutazione).

Oltre ai due strumenti sopra indicati -**Schede utenti** e **Sistema Informativo Distrettuale**- altri strumenti di integrazione sono:

- **protocolli,**
- **regolamenti,**
- **Unità Valutative Distrettuali (UVD),**
- **Visite domiciliari congiunte tra servizi territoriali.**

7. quali sono le modalità adottate per la realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato (ad esempio l'amministrazione penitenziaria e della giustizia e le istituzioni scolastiche) e con la pluralità dei soggetti locali.

Il programma di lavoro dell'Ufficio di Piano è avviato: sono attivi organi e misure definite in sede di accordo di programma per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sul bacino distrettuali:

- comitato tecnico
- calendarizzazione e realizzazione dei tavoli tematici
- è attivo il servizio sociale distrettuale e il segretariato sociale su 7 dei 10 Comuni. I Comuni che attualmente non usufruiscono dei fondi messi a disposizione dal progetto di servizio sociale distrettuale sono: Cave, Galliciano nel Lazio e Zagarolo.
- I referenti del terzo settore come componenti del comitato tecnico partecipano alle riunioni del comitato e a quelle dei tavoli tematici
- Prende consistenza la cultura della programmazione e i servizi del distretto sono sempre stati continuativi.
- La collaborazione e la concertazione con le OOSS può dirsi consolidata.

8. esplicitare gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti (sistema di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati)

Monitoraggio e sistema informativo

Il Sistema Informativo Distrettuale –SID- fornisce informazioni utili in fase di programmazione locale, costituisce un supporto al monitoraggio per l’attuazione del piano di zona e dei singoli progetti. Attraverso il sistema informativo, inoltre, gli operatori territoriali condividono informazioni: si rinforza di fatto il sistema integrato degli interventi e dei servizi ponendo come punto centrale il lavoro di rete². Le informazioni prodotte possono essere utilizzate a più livelli e con diverse finalità. Ad esempio a livello disaggregato -qualitativo- per monitorare situazioni di cambiamento sulla condizione di bisogno registrate per ogni singolo caso seguito dai servizi territoriali, tale utilizzo è indispensabile alla professionalità degli Assistenti Sociali³. A livello aggregato – quantitativo- per monitorare servizi, condurre indagini conoscitive e descrittive finalizzate all’analisi dei bisogni, tracciare profili e target di utenti per i quali progettare risposte e interventi sempre più rispondenti ai bisogni individuati. Tale utilizzo dei dati è utile a servizi organizzativi e di coordinamento, come ad esempio gli uffici di piano⁴. Inoltre il Sistema Informativo produce dati gestionali e migliora aspetti organizzativi.

L’informatizzazione elabora –dunque- informazione sociale attraverso la raccolta sistematica dei dati. I dati producono informazione se organizzati e interpretati, così trattati descrivono e attribuiscono significato ai dati grezzi che da soli non mostrerebbero relazioni e non spiegherebbero eventi o fenomeni. A tal fine è necessario che i dati presentino almeno le seguenti caratteristiche di base:

-*completezza*: il dato deve essere organizzato in modo da raccogliere gli elementi necessari;

-*omogeneità*: il dato deve consentire la confrontabilità dei concetti;

-*verificabilità*: i metodi e strumenti devono essere omogenei e condivisi tra gli operatori abilitati alla raccolta.

In sostanza la configurazione del Sistema Informativo parte dall’offerta dei servizi distrettuali secondo la classificazione concettuale riportata nella tabella della tassonomia (tab. 5); inoltre la configurazione del sistema utilizza l’individuazione del fabbisogno conoscitivo e dalla relativa costruzione degli strumenti di rilevazione per il sistematico inserimento dei dati; l’ambiente di lavoro costituito dagli operatori connessi al sistema e il flusso delle informazioni.

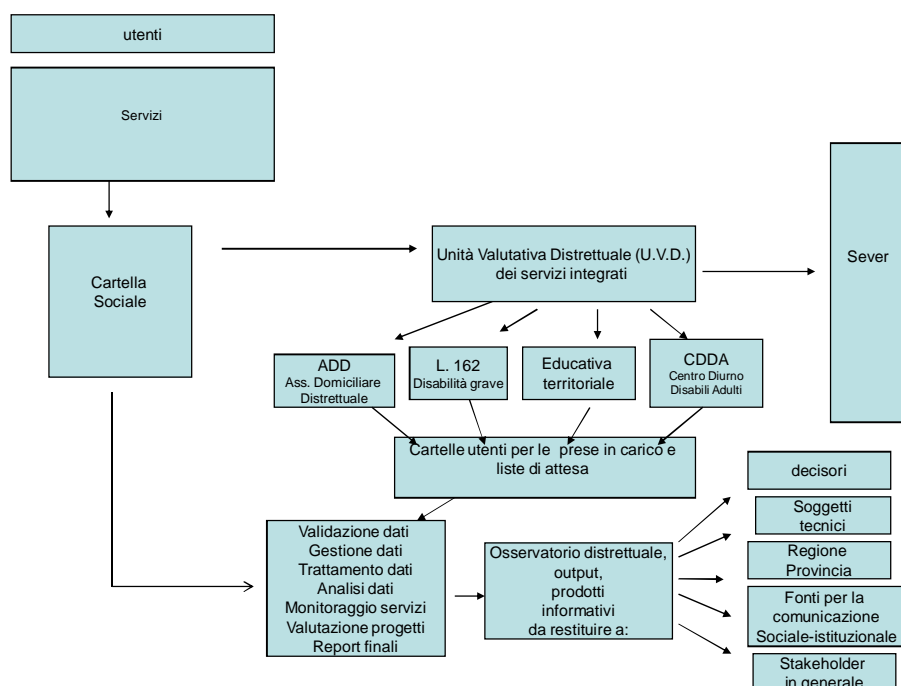
² Cfr. Mauri L. (a cura di), *Il sistema informativo sociale. Una risorsa per le politiche pubbliche di welfare*, Carocci, Roma, 2007.

Mari A. (a cura di), *L’innovazione nei servizi sociali*, Aracne, Roma, 2007.

³ Scortegagna R., *Informatizzare la cartella sociale: preoccupazioni e proposte*, “La rivista di servizio sociale”, ISTISS, -a. XLIX- n.1/2009- nuova serie.

⁴ Menna S., *Il SID (Sistema Informativo Distrettuale). L’esperienza del distretto socio-sanitario RM G5*, “La rivista di servizio sociale”, ISTISS, -a. LI-n. 1/2011- nuova serie.

Grafico 2. Flusso di trasmissione dati nel SID-RMG5



La valutazione

La valutazione dei progetti è un'attività strutturata e prevede specifiche attività. La valutazione infatti consiste in attività di ricerca sociale applicata. Secondo la definizione di Bezzi⁵ *“la valutazione è principalmente (ma non esclusivamente) un'attività di ricerca sociale applicata, realizzata, nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti o non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali; in questo contesto la valutazione assume il ruolo peculiare di strumento partecipato di giudizio di azioni socialmente rilevanti, accettandone necessariamente le conseguenze operative relative al rapporto fra decisori, operatori e beneficiari dell'azione”*. Secondo tale definizione il processo valutativo coinvolge tutti gli *stakeholder* a vario titolo impegnati nel progetto. L'approccio alla valutazione impostato dall'ufficio di Piano per i progetti del Piano di Zona -secondo quanto ora affermato- è orientato al coinvolgimento attivo dei vari attori delle politiche sociali. Il coinvolgimento dei vari livelli risulta fondamentale per porre le basi di un integrato lavoro di programmazione, progettazione e governance sociale. Il processo valutativo adottato dal Distretto RM G5 è orientato inoltre al miglioramento sulla base dell'esperienza già conseguita (capitalizzazione dell'esperienza). Da ciò ne deriva che risulta di fondamentale importanza mantenere un

⁵ C. Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano 2003

continuum tra una programmazione conclusa e nuova progettazione. Si introduce pertanto il concetto di valutazione costruttiva e partecipata (*formative evolution*). L'obiettivo finale della valutazione è supportare il livello decisionale relativamente agli interventi da introdurre per il suo miglioramento e al perseguimento del progetto stesso.

E' importante inoltre sottolineare che il processo valutativo implica necessariamente la raccolta del materiale informativo: documenti amministrativi (affidamenti, rendicontazione, etc.), progetti, relazioni, materiali prodotti in fase di attività, etc., raccolta di dati da inserire nel Sistema Informativo Distrettuale (SID) per successive elaborazioni.

Come già affermato il processo valutativo coinvolge tutti gli *stakeholder*: decisori politici, dirigenti delle amministrazioni, ufficio di Piano –deputato al monitoraggio e alla valutazione- operatori e personale tecnico, ente gestore, destinatari diretti degli interventi.

9. indicare le innovazioni organizzative, operative, gestionali, e di sistema del Distretto



Tipologia utenza	MACROTIPO	TIPO
<ul style="list-style-type: none"> - Minori e famiglie 	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi domiciliari - Servizi di supporto alla famiglia e all'infanzia 	<ul style="list-style-type: none"> - ADD - 162/98 - Educativa territoriale - Sostegno alla genitorialità (0-3 anni)
<ul style="list-style-type: none"> - Disabili adulti 	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi di supporto economico - Servizi di prevenzione e integrazione/inclusione - Servizi di socializzazione - Servizi alla persona 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostegno economico alle famiglie affidatarie - Mediazione linguistica culturale per l'integrazione di alunni immigrati e loro famiglie - Polo infanzia-adolescenza - Centri diurni - Centri estivi - Accompagnamento centri di riabilitazione ex art. 26
<ul style="list-style-type: none"> - Anziani - Persone affette da particolari forme di malattia - Multiutenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi domiciliari - Servizi di assistenza economica - servizi domiciliari - Servizi di assistenza economica - Servizi di assistenza alla persona - Azioni di sistema 	<ul style="list-style-type: none"> - ADD - 162/98 - Centro diurno disabili adulti - Centro diurno disagiati psichici - Provvidenze economiche per disagiati psichici - Assistenza domiciliare indiretta per malati di SLA - Trasporto dializzati - Pronto intervento sociale - Ufficio di Piano - Servizio sociale professionale - Segretariato sociale - Sistema informativo distrettuale

Firefox browser window showing the 'asp.urbi.it/urbi/progs/main/index.sto' page. The page title is 'Inserimento Pratica Sociale'.

Navigation: HOME URBI > SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI > GESTIONE

Buttons: Reset, Inserisci

Dati Generali

MACRO TIPO: [SS] SERVIZI DOMICILIARI

TIPO DI PRATICA SOCIALE: seleziona tipo di Pratica Sociale

seleziona tipo di Pratica Sociale

- ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE
- DISABILITÀ GRAVE L. 162/98
- EDUCATIVA TERRITORIALE

2014 04-03-2014

OGGETTO: 255

Soggetti

NUM. SOGGETTI

Nucleo Familiare | Soggetto giuridico | Soggetto fisico

SOGGETTO.1 COGNOME NOME

Decisione

DECISIONE

PROSEGUIRE ARCHIVIARE IN VALUTAZIONE

Dati Specifici Segnalazione

TIPOLOGIA DI UTENZA: - seleziona -

INVIANTE: - seleziona -

Nessuna selez. per Servizi Esterni | Nessuna selez. per In Carico a Servizi

Nessuna selez. per Richieste | Nessuna selez. per Bisogni

PROBLEMATICHE EMERSE

4000

RISORSE GIÀ ATTIVATE

Taskbar: agapit, Evidenzia Maiuscole/minuscole, 13:10 04/03/2014

Firefox n200438a: UrbiSMART - Urbi Gestione... x n200438a: UrbiSMART - Urbi Gestione... x n200438a: UrbiSMART - Urbi Gestione... x +

asp.urbi.it/urbi/progs/main/index.sto

Avvisi News SMENNA Ente: COMUNE DI SAN VITO ROMANO... Stampe Utente Richiesta Assistenza

- Selezionare per cambiare modulo - Richiamo Programmi Preferiti Aggiungi Gestisci

HOME URBI > SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI > GESTIONE

Gestione Configurazione Dati di Base Opzioni Menù

Inserimento Pratica Sociale

Reset Inserisci

Dati Generali

MACRO TIPO
[SS] SERVIZI DOMICILIARI

TIPO DI PRATICA SOCIALE
seleziona tipo di Pratica Sociale

UFFICIO DI INSERIMENTO
- seleziona -

ANNO	NUMERO	DATA APERTURA	DATA SCADENZA	DATA CHIUSURA
2014		04-03-2014		

OGGETTO
255

Soggetti

NUM. SOGGETTI

SOGGETTO.1 COGNOME NOME

'Nucleo Familiare' 'Soggetto giuridico' 'Soggetto fisico'

Decisione

DECISIONE
 PROSEGUIRE
 ARCHIVIARE
 IN VALUTAZIONE

Dati Specifici Segnalazione

TIPOLOGIA DI UTENZA
- seleziona -

INVIANTE
- seleziona -

ADULTI (18-64)
 Nessuna selez. per In Carico a Servizi

ANZIANI (65 E OLTRE)
 Nessuna selez. per Bisogni

FAMIGLIE E MINORI (0-17)
 Nessuna selez. per Bisogni

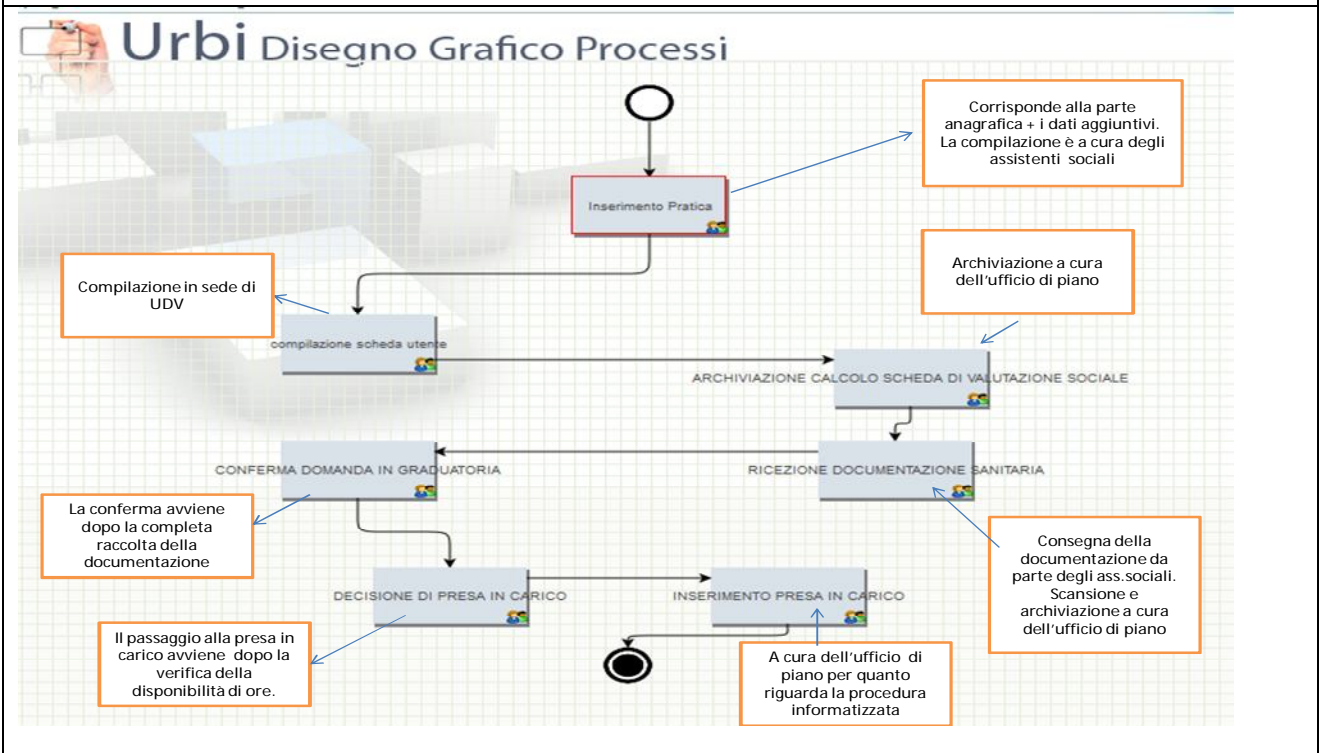
MULTIUTENZA
 Nessuna selez. per Bisogni

PERSONE AFFETTE DA MALATTIE

4000
RISORSE GIÀ ATTIVATE

agapit Evidenzia Maiuscole/minuscole

13:15 04/03/2014



Inserimento dati per progetto 0-3 anni

Con Quali Persone Abitualmente Il Bambino/a Frequenta

ENTRAMBE I GENITORI MAMMA PAPÀ NONNI ALTRO (SPECIFICARE)

Il Bambino/a Ha Altri Fratelli O Sorelle

SI NO

Da Quanto Tempo Vive Nel Suo Comune Di Residenza

MENO DI UN ANNO DA UNO A CINQUE ANNI DA SEI A DIECI ANNI

OTRE DIECI ANNI O DA SEMPRE

Tipologia Familiare

NUCLEARE ESTESA MULTIPLA RICOSTITUITA ALTRO (SPECIFICARE)

Indicare Se È Il Primo Anno Di Frequenza

SI, È IL PRIMO ANNO NO, È IL SECONDO NO, È IL TERZO

Come Ha Saputo Del Progetto

HO RICEVUTO LA LETTERA ME NE HANNO PARLATO AMICI/CO HO VISTO LA LOCANDINA

ALTRO (SPECIFICARE)

Eventuali Situazioni Ricontrate

IMPOSSIBILITÀ A RICEVERE AIUTO RINUNCIA/RIDUZIONE DEL LAVORO

Confronto scheda valutazione

Versione cartacea

INDICARE LE ATTUALI CONDIZIONI DI VITA E ABITATIVE DELL'UTENTE

Condizione abitativa		punteggio
1. vive solo/a	- Sì, per raggiunta autonomia	2
	- Sì, a rischio di esclusione	6
	- Sì, in stato di esclusione	10
	- No, vive in famiglia in modo non conflittuale	2
	- No, vive in famiglia ma è indicato un percorso di autonomia	4
2. zona di residenza	- No, vive in casa famiglia	1
3. difficoltà di spostamento	- Zona decentrata	5
	- Zona urbanizzata	0
4. adeguatezza dell'abitazione	- Sì	5
	- no	0
5. condizione economica per il pagamento delle utenze domestiche	- Totalmente inadeguata (es. priva di servizi)	5
	- Da ristrutturare	3
	- Abitazione adeguata	0
6. la casa di residenza è sottoposta a sfratto	- Difficile/grave condizione economica	5
	- Precaria condizione economica	3
	- Buona/sufficiente condizione economica	0
	- Sì	5
	- no	0

Versione informatizzata

Schede Di Valutazione

Scheda di valutazione

Dati Generali

DATA SCADENZA NUMERO COMUNA

86-89-2024 90

DEAMBULAZIONE

INDICARE SE L'UTENTE È DEAMBULANTE (*)

SI NO

CONDIZIONE ABITATIVA

VIVE SOLO/A (*)

SI PER RAGGIUNTA AUTONOMIA SI A RISCHIO DI ESCLUSIONE SI IN STATO DI ESCLUSIONE NO VIVE IN FAMIGLIA IN MODO NON CONFLITTUALE

NO VIVE IN FAMIGLIA MA È INDICATO UN PERCORSO DI AUTONOMIA NO VIVE IN CASA FAMIGLIA

ZONA DI RESIDENZA (*)

ZONA DECENTRATA ZONA URBANIZZATA

DIFFICOLTÀ DI SPOSTAMENTO (*)

SI NO

ADEGUAZIONE DELL'ABITAZIONE (*)

TOTALMENTE INADEGUATA (ES. PRIVA DI SERVIZI) DA RISTRUTTURARE ABITAZIONE ADEGUATA

CONDIZIONE ECONOMICA PER IL PAGAMENTO... (*)

DIFFICILE/GRAVE CONDIZIONE ECONOMICA PRECARIA CONDIZIONE ECONOMICA BUONA/SUFFICIENTE CONDIZIONE ECONOMICA

LA RESIDENZA È SOTTOPosta A SFRATTO (*)

SI NO

LA CASA DI RESIDENZA È SOTTOPosta A SFRATTO... (*)

SI NO

Confronto scheda valutazione

Versione cartacea

Versione informatizzata

Condizione sociale		
7. in passato ha frequentato percorsi risocializzanti?	- Sì - no	0 5
8. attualmente frequenta centri semiresidenziali, diurni, aggregativi.	- Sì, con frequenza regolare - Sì, saltuariamente - No, non frequenta	5 3 0
8.1. se non frequenta	- per particolari condizioni di salute che al momento non consentono tali percorsi - non frequenta ma gli è stato proposto - è in attesa di intraprendere tali percorsi	5 3 2
Condizione familiare		
9. presenza di genitori o familiari anziani e/o malati con precarie condizioni di salute	- Sì - no	5 0
10. complessità del nucleo familiare (es. conflitti con il coniuge, figli, figure genitoriali, etc.)	- alto conflitto - medio conflitto - basso conflitto - nessun conflitto	5 3 2 0
11. isolamento dalla rete parentale e amicale (vicinato, volontariato, etc)	- alto isolamento - medio isolamento - basso isolamento - nessun isolamento	5 3 2 0

CONDIZIONE SOCIALE

IN PASSATO HA FREQUENTATO CORSI RIE... (*)
 SÌ NO

ATTUALMENTE FREQUENTA CENTRI SENS... (*)
 SÌ CON FREQUENZA REGOLARE SÌ CON DISCONTINUITÀ NO, NON FREQUENTA

SE NON FREQUENTA (*)
 PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI SALUTE CHE AL MOMENTO NON CONSENTONO TALI PERCORSI NON FREQUENTA MA GLI È STATO PROPOSTO NON FREQUENTA PER DIFFICOLTÀ LOGISTICHE
 È IN ATTESA DI INTRAPRENDERE TALI PERCORSI NON È IL PERCORSO ATTUALMENTE INDICATO

CONDIZIONE FAMILIARE

PRESENZA DI GENITORI O FAMILIARI AN... (*)
 SÌ NO

CONFLITTO DEL NUCLEO FAMILIARE (*)
 ALTO CONFLITTO MEDIO CONFLITTO BASSO CONFLITTO NESSUN CONFLITTO

ISOLAMENTO DALLA RETE PARENTALE E A... (*)
 ALTO ISOLAMENTO MEDIO ISOLAMENTO BASSO ISOLAMENTO NESSUN ISOLAMENTO

CONDIZIONE DI SALUTE

DAL PUNTO DI VISTA PSICHIATRICO (*)
 NEGLI ULTIMI DUE ANNI NON HA AIUTO NESSUN RICOVERO, SOLO PRESTAZIONI AMBULATORIALI NEGLI ULTIMI DUE ANNI NON HA AIUTO NESSUN TIPO DI RICOVERO
 NEGLI ULTIMI DUE ANNI HA AIUTO ALMENO UN TIPO DI RICOVERO NEGLI ULTIMI DUE ANNI HA AIUTO PIÙ RICOVERI

IN GENERALE (*)
 NEGLI ULTIMI DUE ANNI NON HA AIUTO NESSUN RICOVERO, SOLO PRESTAZIONI AMBULATORIALI NEGLI ULTIMI DUE ANNI NON HA AIUTO NESSUN TIPO DI RICOVERO
 NEGLI ULTIMI DUE ANNI HA AIUTO ALMENO UN TIPO DI RICOVERO NEGLI ULTIMI DUE ANNI HA AIUTO PIÙ RICOVERI