



PROVINCIA DI ROMA

Comuni di Cerveteri e Ladispoli

A.S.L. RM F

PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO F2

Comune capofila CERVETERI

2011

SOMMARIO

1. Il territorio di Cerveteri e Ladispoli dal punto di vista geografico, urbanistico, produttivo.....	5
1.1 Aspetti geomorfologici	5
1.2 cenni storici	7
1.3 Il rapporto dei due comuni con la vicina città di Roma	8
1.4 Reddito medio e struttura produttiva dei due comuni	8
1.5 Comparazione valori reddito medio nei due comuni distrettuali	10
1.6 Distribuzione percentuale per tipologia delle imprese nei due comuni	11
2. descrizione del territorio dal punto di vista demografico	12
2.1 Distribuzione della popolazione per classi di età (al 1° gennaio 2010)	13
2.2 Alcuni dati sulla popolazione anziana del Distretto F2.....	15
2.3 Dati sulla popolazione minorile	16
2.4 Presenza della popolazione immigrata	20
2.4.1 Maggiori nazionalità presenti nel territorio distrettuale	22
2.4.2 andamento della popolazione immigrata 2006-2010 ed incidenza sulla popolazione generale...	24
3. Il quadro territoriale dei bisogni.....	25
3.1 Area Minori e Famiglia	26
3.2 Area Anziani	31
3.3 Area Disabili	35
3.3.1 Assistenza educativa scolastica Cerveteri e Ladispoli, a.s. 2010/11.....	37
3.3.2 Tabella Assistenza educativa scolastica a.s. 2006/2007 - 2010 2011	38
3.4 Area disagio ed esclusione sociale	44
3.4.1.Gli interventi dei comuni per contrastare il fenomeno della povertà	44
3.5 Area Immigrati	46
4. Quadro generale dei servizi socio-assistenziali (modulista)	49
4.1 La spesa sociale dei comuni ad integrazione del Piano di Zona al 31.12.2010	70
4.2 L'attività dei servizi socio-sanitari del Distretto F2.....	71

Dati Attività del T.S.M.R.E.E.....	71
(Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva).....	71
Attività dei Consulenti di Cerveteri e Ladispoli	71
Attività C.S.M. (centro salute mentale)	72
5. Gli obiettivi strategici del Piano di Zona articolati per macroaree	78
5.1. Area Minori e Famiglia	78
5.2 Area Anziani	79
5.3 Area Disabili	79
5.4 Area disagio ed esclusione sociale	80
5.2 Area Immigrati.....	80
6.Misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi	81
7. Modalità adottate per realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato.....	81
8.Gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti, controllo, monitoraggio e verifica dei risultati.	82
9.Le innovazioni organizzative, operative, gestionali e di sistema del distretto	82
Piano di Zona 2011 riepilogo progetti e quadro finanziario riassuntivo	84
10.Progetto "Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile"	88
Progetto "Equipe psico sociale" finanziamenti e cofinanziamenti previsti.....	94
11. Progetto "Educativa territoriale"	95
Progetto " educativa territoriale" Finanziamenti e cofinanziamenti previsti	101
12 Progetto Sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai 6 mesi ai tre anni	102
Progetto sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai 6 mesi ai tre anni finanziamenti e cofinanziamenti previsti	108
13. Progetto "assistenza domiciliare integrata"	109
Progetto assistenza domiciliare integrata - adi: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti.....	115
14. Progetto "Centro diurno, laboratorio protetto – Strada per l'autonomia"	116
Progetto centro diurno e laboratorio protetto strada per l'autonomia: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti	124
15. Progetto Attivamente	125
Progetto Attivamente: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti.....	131

16. Progetto assistenza ai disabili gravi per sollievo alle famiglie	132
Progetto Assistenza ai disabili gravi per sollievo alle famiglie: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti.....	138
17 Progetto servizio sociale professionale distrettuale	139
Progetto servizio sociale professionale: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti.....	145
18 Progetto sostegno e valorizzazione del volontariato	146
Progetto valorizzazione del volontariato: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti	151
Azione di sistema : Ufficio di Piano	152
Azione di sistema : PUA (Punto unico di accesso) del Distretto F2	155

1. Il territorio di Cerveteri e Ladispoli dal punto di vista geografico, urbanistico, produttivo

1.1 Aspetti geomorfologici

Il piano territoriale provinciale annovera tra i *Sistemi urbani morfologici locali* riferiti alle sub-regioni naturali della provincia, i comuni di **Cerveteri e Ladispoli**.

I due centri, a nord di Roma, sorti sulle preesistenze insediative di epoca etrusco-romana, hanno subito consistenti trasformazioni con le bonifiche e le riforme agrarie che hanno sostituito il tessuto insediativo rurale dei casali e delle tenute agricole con piccoli poderi e un fittissimo sistema di insediamenti agricoli.

Attualmente l'aggregazione dei due centri è caratterizzata dall'organizzazione del sistema infrastrutturale longitudinale dell'Aurelia/ferrovia RMTO/Autostrada A12, cui sono disposti a pettine.

In particolare:

1. **Cerveteri** è una costruzione urbana collinare ai margini dei comprensori della Tolfa e del lago di Bracciano comprendente il nucleo costiero di Cerenova;
2. **Ladispoli** è una costruzione urbana costiera di recente formazione frapposta tra la ferrovia RM-TO e il mare tra la tenuta di Torre Flavia e la tenuta di Palo (gemmazione amministrativa di Cerveteri, con il nucleo costiero di Marina di San Nicola).

Il citato piano territoriale provinciale inserisce i due comuni distrettuali tra le **“Costruzioni urbane elementari”** che riguardano singoli comuni o centri, si presentano con forma ancora unitaria anche se a volte processi di espansione pluridirezionali e tendenze alla destrutturazione hanno reso poco riconoscibile il disegno della struttura urbana originaria.

I territori di Cerveteri e Ladispoli sono stati e sono fortemente condizionati dalla morfologia dei luoghi, hanno una collocazione prossima a territori di pregio ambientale, sono definibili come centri satellitari della città di Roma.

Il loro sviluppo territoriale segue la tendenza generale ad incentivare la formazione di periferie e frange urbane per la domanda di residenza a basso costo da Roma e contemporaneamente insediamenti dispersi isolati o organizzati in lottizzazioni per la domanda di turismo metropolitano e/o di residenza di qualità o meno, data la vicinanza ad aree di pregio ambientale. I problemi sono legati alla progressiva destrutturazione della costruzione urbana originaria (compatta e riconoscibile rispetto al contesto agricolo o ambientale), un forte consumo di suolo agricolo, un incremento di traffico pendolare da e per Roma e una sovrapposizione di flussi su tutta la rete infrastrutturale (viaria e ferroviaria).

Il piano territoriale provinciale per **Cerveteri** propone direttive per la valorizzazione della costruzione insediativa storica, ancora riconoscibile, “arroccata sul terrazzo tufaceo” e per la riqualificazione, il completamento e il riordino delle nuove periferie e per la collocazione delle nuove espansioni in forme compatte contigue ed in continuità con il centro urbano. Il PTPG in particolare propone l'individuazione di un progetto unitario per la riqualificazione e il riordino degli insediamenti spontanei di Campo di Mare e un progetto ambientale di recupero costiero con l'ampliamento dell'area protetta di Torre Flavia

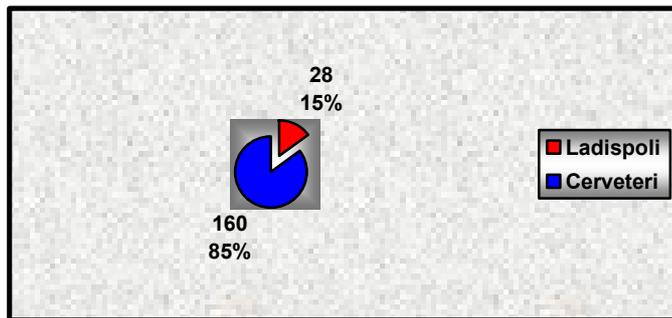
Lo stesso piano provinciale per **Ladispoli** propone direttive per la sua specializzazione come “marina metropolitana”, ovvero centro turistico e residenziale dotato di attrezzature di servizio balneari e nautiche, per il mantenimento unitario della struttura urbana compresa fra la via Aurelia e il mare, nonostante la forzata separazione formale data dalla ferrovia e per organizzare le parti urbane recenti, comprese fra la ferrovia e l’Aurelia, in forma di quartieri interrotte con canali verdi e riqualificate con funzioni urbane. Il piano propone il riordino dei margini orientale e occidentale e delle parti a ridosso della stazione e della ferrovia e la liberazione delle aree demaniali di costa-arenile e dei due varchi ambientali trasversali occupati da edificazione impropria¹.

I due comuni a nord di Roma, confinano con i Comuni di Fiumicino, Roma, Bracciano, S. Marinella e si affacciano sul litorale nord. **Le principali vie** di comunicazione sono costituite dalla statale Aurelia, dalla autostrada Roma/Fiumicino, dalla strada provinciale Settevene Palo e dalla ferrovia (linea Roma/Grosseto/Pisa). La loro **superficie** è pari a circa 188 chilometri quadrati suddivisi come segue: **Cerveteri** 160 kmq e **Ladispoli** 28 kmq.

Il territorio del Comune di **Cerveteri** è quindi nettamente più esteso di quello di Ladispoli e più ampia è l’attività agricola che vi si svolge. In particolare è suddiviso in sette frazioni disomogenee e con diverse caratteristiche socio-economiche. Il Comune di **Ladispoli** ha una porzione di territorio agricolo molto piccola e nell’insieme si presenta come un quartiere metropolitano per la presenza di una edilizia intensiva. Dal punto di vista amministrativo il Comune di **Ladispoli** si è distaccato da **Cerveteri** nel 1972.

¹ Note estratte dal piano provinciale territoriale generale approvato con Deliberazione del Consiglio Provinciale n. 1 del 18.01.2010

Distribuzione percentuale del territorio distrettuali tra i due comuni



1.2 cenni storici

Cerveteri è posta ai piedi dei monti Ceriti, su uno sperone di tufo strapiombante. Alcune testimonianze della sua esistenza risalgono all'VIII secolo a.C. Divenne in breve una città etrusca importantissima a danno di Tarquinia.

I greci stabilirono rapporti di scambio promuovendo l'evoluzione delle tecniche artigianali locali.

Il progresso portò a una organizzazione imprenditoriale e commerciale favorita dei porti di Alsium (Palo), Pirgy (Santa Severa), Panicum (Santa Marinella). Il periodo di maggior floridezza di Caere è testimoniato dalle necropoli. Nel 350 a.C. la città fu definitivamente sottomessa da Roma.

Il castello è il centro della Cerveteri medievale e comprende parte delle mura etrusche del IV secolo a.C. E' stato donato alla stato dalla famiglia Ruspali per ospitarvi il museo nazionale cerite, dove, in due piani, sono conservati i corredi funebri delle tombe.

Nella necropoli etrusca della Banditaccia è testimoniata tutta l'evoluzione degli usi funerari ceriti attraverso i secoli (VII-I a.C.), dell'incinerazione all'inumazione della salma, in tombe a pozzetto, a fossa, poi a camera. **Ladispoli** è una cittadina prevalentemente balneare voluta e costruita dal Principe Ladislao Odescalchi alla fine del secolo scorso.

Anche se le origini del territorio di Ladispoli (l'antica spiaggia di Caere) risalgono a circa duemila anni fa, fu proprio il principe Ladislao alla fine dell'ottocento a fondare la nuova località balneare che si sviluppò negli anni a seguire crescendo ed espandendosi fino a diventare una città.

Il territorio di Ladispoli è oggi caratterizzato da diverse realtà: si tratta di una cittadina giovane, i primi manufatti edilizi nascono, agli inizi del Novecento, a ridosso della spiaggia, tra il fosso di Vaccina e il Sanguinaro; lo sviluppo demografico e topografico della cittadina, molto lento nei primi anni, quando il centro aveva una esclusiva funzione balneare, si velocizza in seguito con le varie lottizzazioni Marescotti, Odescalchi e Ruspali.

1.3 Il rapporto dei due comuni con la vicina città di Roma

Analizzando l'interscambio migratorio² sussistente attualmente tra il comune di Roma (nelle cancellazioni e nelle iscrizioni anagrafiche) e l'insieme dei comuni di hinterland si osserva come negli anni recenti il fenomeno di trasferimento residenziale dal capoluogo verso l'hinterland si sia ulteriormente intensificato, infatti negli anni 2003, 2004 e 2005 mediamente ben il 46,8% dei cancellati dall'anagrafe del comune di Roma hanno trasferito la residenza nei comuni di hinterland provinciale (mentre un altro 13% si è iscritto nelle anagrafi dei comuni delle altre quattro province del Lazio, con una netta preferenza per quella di Viterbo).

Il bilancio dell'interscambio migratorio di residenti tra il comune di Roma ed i comuni di hinterland risulta fortemente negativo per il capoluogo. Nel 2004 e nel 2005 ad esempio il bilancio migratorio cumulato tra Roma ed un solo sottoinsieme di nove importanti comuni di hinterland (Guidonia, Pomezia, Fiumicino, **Ladispoli**, Ardea, **Cerveteri**, Anzio, Albano e Fonte Nuova) faceva registrare un saldo netto a favore di questi ultimi di ben 13.559 nuovi residenti provenienti da Roma.

Il riequilibrio residenziale dell'area metropolitana in atto verso l'hinterland, tuttavia non significa che muti sostanzialmente il grado di attrazione gravitazionale di Roma, che rimane quasi del tutto immutato visti i dati sull'incidenza del pendolarismo giornaliero dai comuni, fenomeno particolarmente consistente sia per **Cerveteri** che per **Ladispoli**, prevalentemente di tipo occupazionale, poiché persiste un forte squilibrio tra la domanda di lavoro e l'offerta di lavoro, aggravata quest'ultima anche da una accentuata tendenza all'invecchiamento della popolazione residente nel comune di Roma. **In sostanza Roma ridistribuisce la propria popolazione nell'hinterland per ragioni spesso legate alle migliori condizioni dell'accesso economico alle abitazioni,** ma mantiene relativamente accentrata la struttura produttiva o, se si vuole, perde attrazione residenziale ma conserva una buona attrazione e/o vantaggio localizzativo per le imprese e le istituzioni.

1.4 Reddito medio e struttura produttiva dei due comuni

Dall'analisi dei dati riportati nel citato rapporto annuale sull'area romana (2007-2008) emerge che nell'hinterland romano, mentre sono sottodimensionate le imprese del settore terziario evoluto (istruzione, produzione e distribuzione energetica, informatica etc) sono sovradimensionate le imprese appartenenti al settore delle costruzioni. Delle 47.000 imprese censite e allocate nell'hinterland a Ladispoli risultano 2.419 imprese e a Cerveteri 2319. Più dettagliatamente Ladispoli (insieme a Mentana e Ardea) si colloca al 2° posto per la presenza di imprese di costruzioni, mentre Cerveteri (insieme a Velletri e Frascati) si posiziona al 1° posto per la presenza di imprese agricole.

² La Provincia Capitale "Rapporto annuale sull'area romana 2007-2008"

Nella tabella del reddito medio sono riportati i dati relativi ai due comuni in rapporto al comune con reddito più alto (Roma) e più basso (Vallepietra); si rileva che il comune di Ladispoli presenta un reddito medio più basso di quello di Cerveteri. Diversa è anche la posizione nella graduatoria generale dei comuni per reddito medio: Cerveteri al 42° posto, Ladispoli al 96°.

1.5 Comparazione valori reddito medio nei due comuni distrettuali

Pos	Comune	Dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo Complessivo	Reddito Medio	Media/Pop.
1	Roma	1.501.559	2.743.796	54,7%	44.776.838.986	29.820	16.319
42	Cerveteri	16.223	35.692	45,5%	374.484.440	23.084	10.492
96	Ladispoli	16.809	40.279	41,7%	355.996.920	21.179	8.838
121	Vallepietra	123	318	38,7%	2.051.731	16.681	6.452

1.6 Distribuzione percentuale per tipologia delle imprese nei due comuni

			agricoltura caccia e silvicoltura
	%	32	
	%	0,0	pesca, piscicoltura
	%	0,0	estrazioni materiali
	%	6,5	attività manifatturiere
	%	0,0	distribuzione energetica, gas e acqua
	%	18,1	costruzioni
	%	24,8	commercio ingrosso e dettaglio
	%	4,0	alberghi e ristoranti
	%	3,7	trasporti, comunicazioni magazzinaggio
	%	1,6	intermediazione monetaria e finanziaria
	%	5,7	attività immobiliari, informatica, ricerca
	%	0,1	istruzione
	%	0,3	sanità e servizi sociali
	%	3,0	.Altri servizi pubblici
	%	0,2	non classificato
	%	100	totale
CERVETERI			
LADISPOLI			
	%	8,8	
	%	0,0	
	%	0,0	
	%	6,6	
	%	0,00	
	%	24,3	
	%	36,6	
	%	6	
	%	5,5	
	%	2	
	%	6,0	
	%	0,2	
	%	0,3	
	%	4,3	
	%	0,3	
	%	100	

*(La provincia capitale – rapporto annuale sull'area romana 2007-2008)

2. descrizione del territorio dal punto di vista demografico

I distretti ASL RMF	Distretto F1	Distretto F2	Distretto F3	Distretto F4	Totale
2007	79.743	72.302	50.935	87.095	290.075
2010	79.835	75.971	53.787	103.975	313.568
Incremento rispetto al 2007	0,11%	5,07%	3,27%	19,38%	8,09%

INCREMENTO POPOLAZIONE DISTRETTUALE DAL 31.12.2006 AL 31.12.2010

	2006	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Cerveteri	33.039	33.390	1,06	34.338	2,83	35.355	2,96	35.692	0,95
Ladispoli	35.895	36.609	1,98	37.964	3,7	39.376	3,71	40.279	2,29
totale	68.934	69.999	1,54	72.302	3,29	74.731	3,35	75.971	1,65

*(Elaborazione dati demo istat)

Complessivamente l'incremento della popolazione nel quinquennio è stato dell'8,02 % per Cerveteri e del 12,21% per Ladispoli.

L'incremento della popolazione negli anni ha trasformato la struttura sociale dei due comuni che da piccole comunità con vocazione agricola e turistica stanno rapidamente mutando la loro identità le loro caratteristiche: è in aumento la fascia di popolazione che svolge la sua attività lavorativa nel settore terziario nella vicina Roma mentre diminuisce la popolazione dedita all'agricoltura. Aumenta il numero delle famiglie, la cui struttura diventa sempre più nucleare.

2.1 Distribuzione della popolazione per classi di età (al 1° gennaio 2010)

	0/14	%	15/64	%	Oltre 65	%	totale	%
Cerveteri	5402	15	24631	69	5659	16	35692	100
Ladispoli	6593	16	27846	69	5840	15	40279	100
totale	11995	15,50	52477	69	11499	15,50	75971	

Rispetto alla distribuzione provinciale:

	0/14	%	15/64	%	Oltre 65	%	totale	%
Provincia di Roma	589.202	14	2.741.066	66	824.416	20	4.154.684	100

Si rileva che la popolazione distrettuale rispetto a quella provinciale presenta una popolazione della fascia 0/14 superiore di un punto e mezzo e una popolazione anziana significativamente inferiore alla media provinciale di 4 punti e mezzo. **Molti bambini e relativamente meno anziani!**

Ma se analizziamo nel quinquennio (2006/2010) l'incremento delle fasce di popolazione prese in esame osserviamo che l'andamento della popolazione non è omogeneo nei due comuni:

Incremento percentuale della popolazione distrettuale per fasce di età nel quinquennio 2006/2010

	0/14%	15/64%	Oltre 65%
Cerveteri	6,7	6,1	18,6
Ladispoli	8,2	12,3	16,4

Mentre la popolazione di Cerveteri presenta un fenomeno di invecchiamento della popolazione più deciso, Ladispoli presenta uno sviluppo della popolazione minorile più elevato.

Anche per la densità della popolazione distrettuale il dato dei due comuni è fortemente disomogeneo, con Ladispoli che si colloca al 5° posto nella graduatoria provinciale dei comuni con più alta densità abitativa mentre Cerveteri è al 46° posto. La densità abitativa dipende dal consumo del territorio che negli anni ha caratterizzato i territori dei due comuni, fenomeno molto più incisivo nel Comune di Ladispoli:

Densità della popolazione distrettuale

▼ <u>Comune</u>	▼ <u>Popolazione residenti</u>	▼ <u>Superficie km²</u>	▼ <u>Densità abitanti/km²</u>
5. Ladispoli	41.035	26,00	1.578
46. Cerveteri	36.229	125,44	289

* dati aggiornati al 1 gennaio 2011

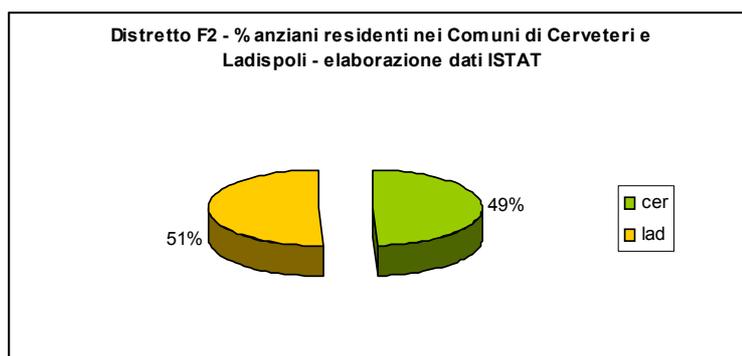
Per quanto riguarda il numero delle famiglie e il numero medio dei componenti la situazione distrettuale nel quinquennio ha avuto il seguente andamento in rapporto a quella dell'intera Provincia di Roma

	2006		2007		2008		2009		2010		incremento % n. famiglie
	n. famiglie	n. medio componenti	n. famiglie	n. medio componenti	n. famiglie	n. medio componenti	n. famiglie	n. medio componenti	n. famiglie	n. medio componenti	
Cerveteri	13.491	2,5	13.804	2,5	14.274	2,5	14.476	2,47	14.779	2,45	9,5
Ladispoli	16.202	2,3	16.867	2,2	17.712	2,2	18.178	2,21	18.622	2,2	14,9
Provincia	1.600.493	2,5	1.633.966	2,5	1.668.212	2,4	1.693.124	2,43	1.720.780	2,41	7,5

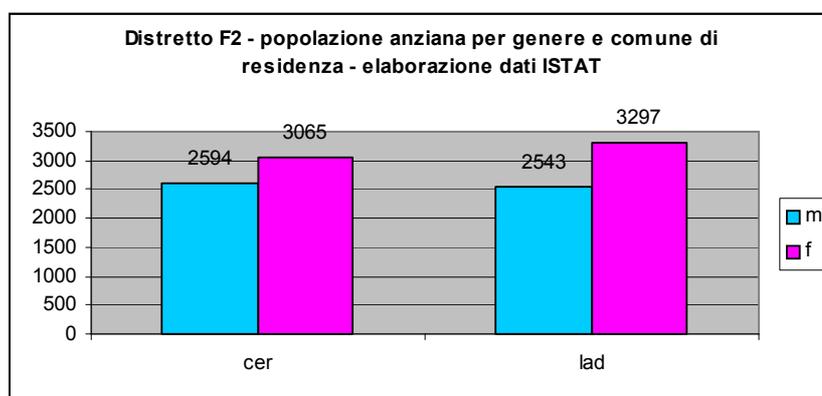
L'incremento percentuale del numero delle famiglie è stato significativamente più elevato nel distretto che nella Provincia, con il picco del 14,9% di Ladispoli, mentre per il numero medio dei componenti mentre Cerveteri si attesta sui dati della Provincia, Ladispoli presenta strutture familiari leggermente più piccole. Nell'insieme i dati segnalano l'esistenza di famiglie di dimensioni sempre più ridotte.

2.2 Alcuni dati sulla popolazione anziana del Distretto F2³

Gli anziani residenti nel Distretto F2, al 01/01/2010, sono 11.499, di cui 5.840 vivono a Ladispoli e 5.659 a Cerveteri (a livello distrettuale sono rispettivamente il 51% ed il 49%).

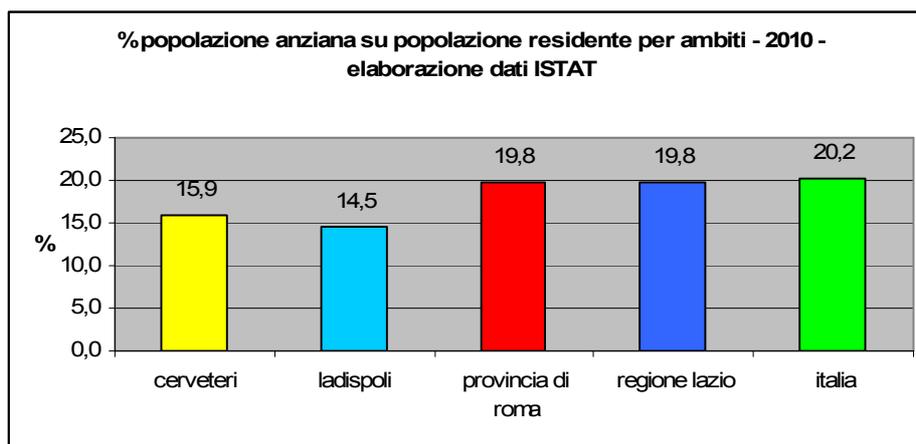


Le femmine dai 65 anni in su nel Comune di Ladispoli sono 3.297, mentre i maschi sono 2.543; a Cerveteri sono rispettivamente 3.005 e 2.594.

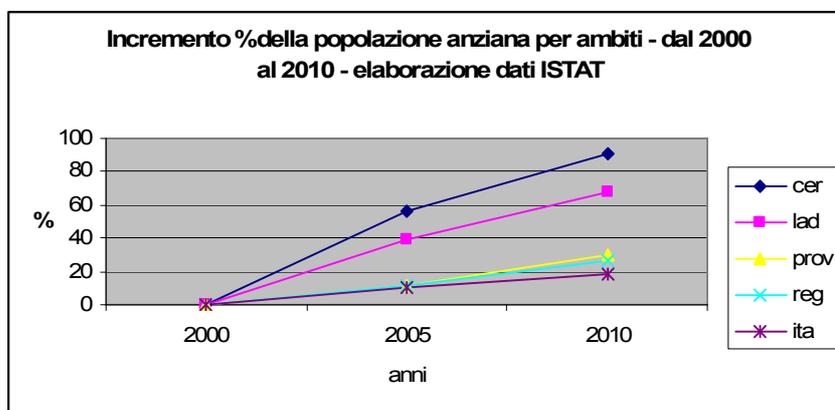


Nel distretto la popolazione anziana si attesta intorno al 15% circa della popolazione generale. Tale percentuale, se rapportata alla Provincia di Roma, della Regione Lazio, e dell'Italia (rispettivamente il 19,8% per Provincia e Regione e il 20,2% a livello nazionale) mostra come il Distretto F2 abbia relativamente una popolazione anziana in percentuale inferiore. Tale fenomeno in realtà è spiegato dal notevole incremento demografico che i 2 Comuni hanno avuto nell'ultimo decennio, tendenza che generalmente, anche per il forte afflusso di popolazione straniera, tende a "ringiovanire" il tessuto sociale.

³ Dati elaborati ISTAT elaborati con la collaborazione del Dott Lorenzo Impronta



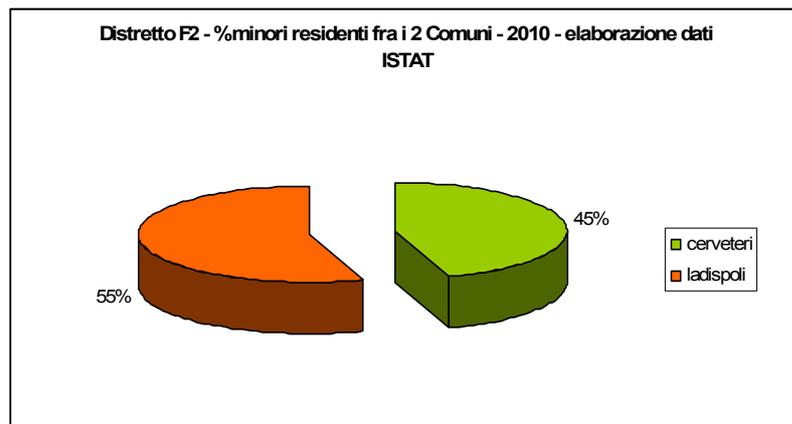
In realtà se consideriamo l'incremento percentuale della popolazione anziana a livello distrettuale F2, della Provincia di Roma, della Regione Lazio e dell'Italia, osserviamo che i Comuni di Cerveteri e Ladispoli, negli anni dal 2000 al 2010, hanno avuto un incremento notevolmente superiore rispetto agli altri ambiti (rispettivamente del 90,7%, e del 67,7% rispetto al 29,6% della Provincia, al 26,7% della Regione e al 18,4% dell'Italia). È comunque da registrare, osservando il grafico, che tale incremento, dal 2005 al 2010, nei 2 Comuni ha la tendenza a crescere meno intensamente, mentre negli altri ambiti la tendenza è inversa.



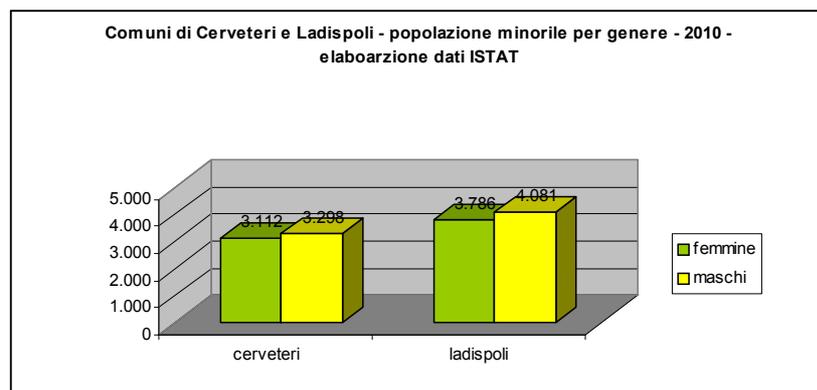
2.3 Dati sulla popolazione minorile⁴

Nel Distretto F2 i minori residenti al 01/01/2010 sono 14.277, di cui 7.867 a Ladispoli e 6.410 a Cerveteri.

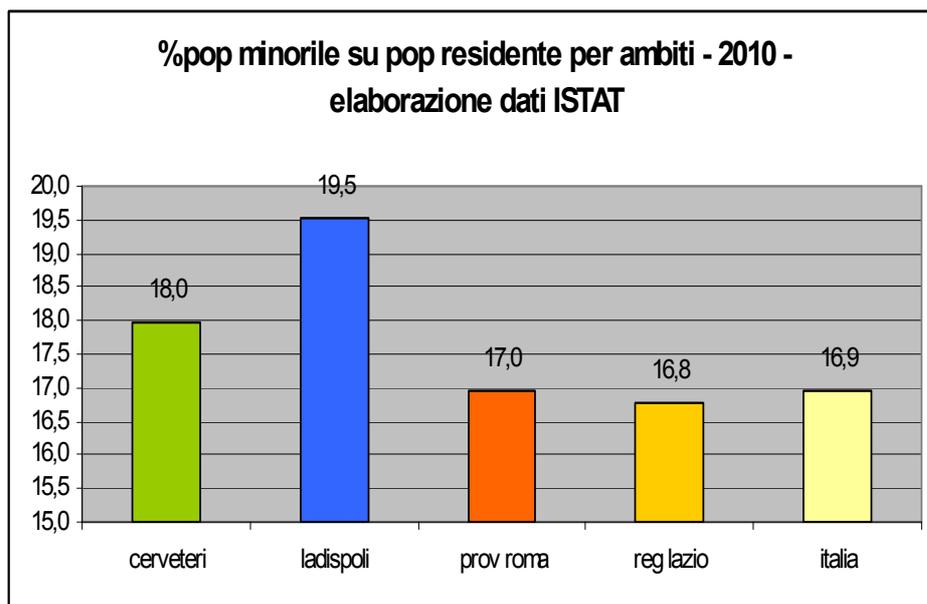
⁴ Dati ISTAT elaborati con la collaborazione del Dott Lorenzo Impronta



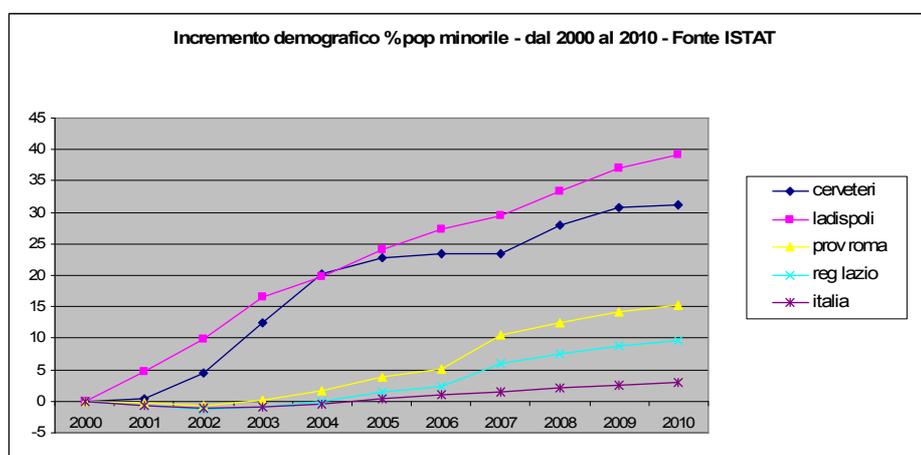
Considerando sempre la popolazione minorile, a Cerveteri le femmine sono 3.112, i maschi 3.298; a Ladispoli sono rispettivamente 3.786 e 4.081.

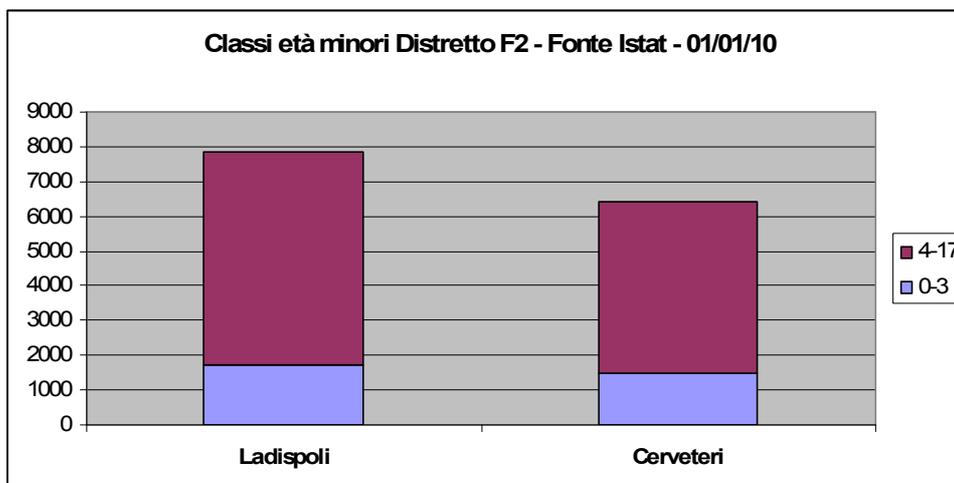


La percentuale di minori sulla popolazione residente per il Comune di Ladispoli è pari al 19,5%, mentre per Cerveteri è pari al 18%. La tabella compara le percentuali dei 2 Comuni con gli ambiti provinciale, regionale e nazionale. Si nota come il Distretto F2, complessivamente, abbia una percentuale di giovani superiore agli ambiti considerati:

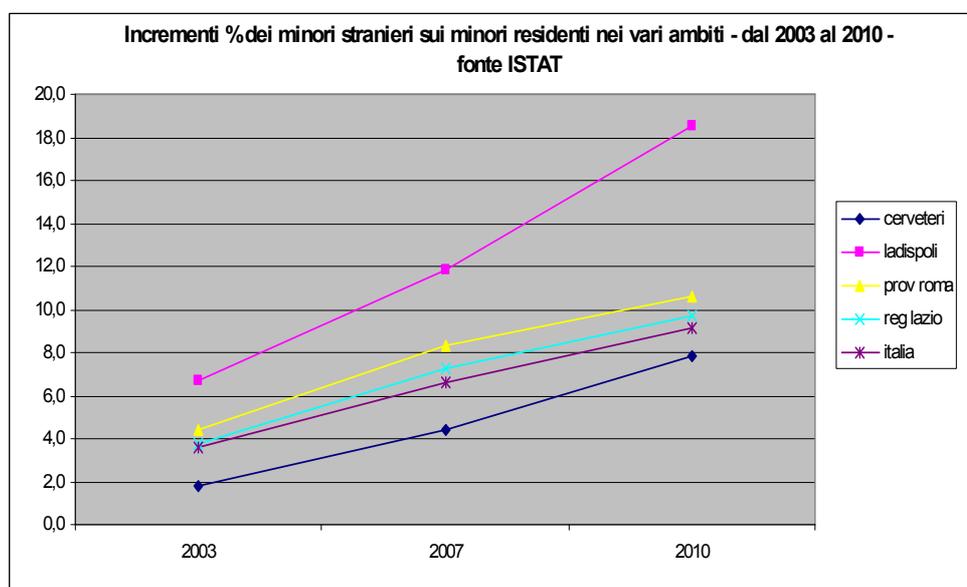


Il dato succitato trova conferma se analizziamo l'incremento demografico minorile dal 2000 al 2010. Il Distretto F2, in questo lasso di tempo, ha incrementato la popolazione minorile del 35,4%, a fronte di incrementi nella Provincia di Roma, nella Regione Lazio e in Italia, rispettivamente di 15,4%, 9,6% e 2,9%.





Per quanto riguarda i minori stranieri, il Distretto F2 evidenzia delle dinamiche eterogenee: **Ladispoli**, al 01/01/2010, ha una percentuale di minori stranieri sul totale dei minori residenti tra le più alte in Italia, ed è pari al **18,5%**, mentre **Cerveteri** è sotto la media nazionale, provinciale e regionale (**7,8%** per Cerveteri, 10,6% per la Provincia di Roma, 9,8% per la Regione Lazio e 9,1% per l'Italia). Se osserviamo l'incremento percentuale dei minori stranieri negli ambiti considerati dal 2003 al 2010, si può notare che Ladispoli ha un andamento crescente e di gran lunga maggiore rispetto agli altri, e anche Cerveteri, anche se ha dei valori inferiori agli altri ambiti, è in continua crescita e si sta allineando ai valori provinciali, regionali e nazionali.



Tale incremento è tra i fattori determinanti per lo sviluppo di un insieme di fenomeni complessi, specifici della modernità. Premettiamo che andrebbe fatta un'analisi più approfondita delle variabili e dei fenomeni (scatenanti/emergenti) per comprendere il cambiamento che coinvolge i 2 Comuni negli ultimi 15 anni (circa). Sarebbe interessante approfondire i concetti di mobilità sociale, di sviluppo urbano e contesto agricolo, i sistemi culturali e di valori, con particolare attenzione per la popolazione immigrata, per il genere, le classi di età, la classe sociale di appartenenza. Negli ultimi anni sono state fatte alcune ricerche interessanti (sui giovani di Ladispoli e Cerveteri, sui giovani immigrati di seconda generazione, sul fenomeno del bullismo) e metodologicamente corrette (manca però un disegno organico che metta a sistema ed integri i disegni di ricerca). In estrema sintesi, da un lato osserviamo la crescita di spazi che somigliano sempre più alle periferie metropolitane, con il conseguente incremento di situazioni a rischio di disagio; dall'altro, l'incremento della fascia di popolazione giovanile porta con sé lo sviluppo di fermenti culturali e l'intrinseca necessità al cambiamento, all'innovazione e alla sperimentazione.

Inoltre osserviamo che, nel processo di cambiamento del territorio, i tratti caratteristici della modernità si intrecciano con realtà legate ad una cultura di stampo rurale, diffuse a macchia di leopardo sul territorio (prevalentemente di Cerveteri), che determinano delle fenomenologie specifiche, legate all'isolamento e alla difficoltà di lettura ed emersione del problema.

2.4 Presenza della popolazione immigrata

Con ogni evidenza le motivazioni - prima tra tutte quella della difficoltà di accesso economico alle abitazioni - che hanno spinto molti tra i residenti nazionali a trasferire la loro residenza nei comuni dell'hinterland romano - si sono progressivamente estese, di pari passo con i processi di radicamento, ai nuovi residenti stranieri che hanno così contribuito in modo non irrilevante al più generale processo di riequilibrio insediativo in atto nell'area.

Considerato l'eccezionale incremento dei residenti stranieri che si è verificato nell'hinterland nel 2007 (+30,7%), il gruppo dei comuni dove si registrano i massimi insediamenti di cittadini stranieri (pari o superiori a 2.000 residenti) si è discretamente ampliato. Nel 2007 infatti in ben 14 tra i 120 comuni di hinterland (erano ancora nove nel 2006) si rilevano significative presenze di cittadini stranieri residenti: Guidonia (6.244), Fiumicino (5.813), **Ladispoli (5.642)**, Anzio (4.113), Fonte Nuova (3.307), Ardea (3.238), Velletri (2.938), Monterotondo (2.506), Marino (2.331), Nettuno (2.286), Albano (2.245) e **Cerveteri (2.244)**. Tra tutti, il comune di Ladispoli e quello di Fonte Nuova presentano il più alto livello di composizione multi-etnica (il 14,9% ed il 12,5% dei rispettivi residenti sono cittadini stranieri). Ambedue i comuni distrettuali quindi sono stati investiti nel corso degli anni da rilevanti flussi immigratori.

Il numero complessivo degli stranieri residenti nei due comuni (al 1 gennaio 2010) è pari a 10.044 unità (13,22% della popolazione totale del Distretto); è necessario specificare che la presenza di popolazione immigrata a Ladispoli (7182) è più del doppio che a Cerveteri (2862), rappresentando nel primo comune il 17,83%, mentre nel secondo l'8,01% della popolazione residente. Nella parte del PdZ che tratterà dell'immigrazione verranno approfonditi gli aspetti sociali.

Dal punto di vista demografico è sufficiente rilevare che se si confrontano i dati percentuali sulla popolazione immigrata del Distretto F2 rispettivamente a quelli, relativi alla Provincia di Roma (9,7%), del Lazio (8,7%) e del territorio nazionale (7,01%), emerge che, mentre Cerveteri è pressappoco in linea con i valori medi provinciali e nazionali, **Ladispoli** registra valori percentuali notevolmente maggiori rispetto ai tre ambiti considerati e con una peculiarità tale che può rappresentare un precursore di quanto potrà accadere tra vari anni nel resto del Paese.

Dal punto di vista della popolazione giovanile, quella straniera (1/17 anni) nel Distretto rappresenta il **13,16%** della popolazione generale, compresa nella stessa fascia d'età.

Un numero rilevante di giovani, in gran parte nati in Italia, per i quali sono opportune politiche di integrazione sociale al fine di evitare fenomeni di esclusione.

A Ladispoli inoltre si rileva la più alta presenza di diverse nazionalità che nel corso degli anni hanno caratterizzato la comunità con usi e costumi diversi. Numerose le associazioni di immigrati presenti nel territorio, molte a carattere religioso.

2.4.1 Maggiori nazionalità presenti nel territorio distrettuale

EUROPA E AFRICA

EUROPA Cittadini Stranieri.
Popolazione residente per sesso e
cittadinanza al 31 Dicembre 2009

CERVETERI

	Maschi	Femmine	Totale
Romania	753	811	1564
Polonia	121	177	298
Bulgaria	60	84	144
Regno Unito	9	25	34
Germania	3	30	33
Spagna	3	22	25
Francia	6	13	19
Paesi Bassi	1	9	10

EUROPA Cittadini Stranieri.
Popolazione residente per sesso e
cittadinanza al 31 Dicembre 2009

LADISPOLI

	Maschi	Femmine	Totale
Romania	2275	2055	4330
Polonia	365	467	832
Bulgaria	113	90	203
Francia	6	19	25
Germania	2	10	12
Spagna	4	6	10
Regno Unito	4	5	9
Portogallo	3	6	9

AFRICA Cittadini Stranieri.
Popolazione residente per sesso e
cittadinanza al 31 Dicembre 2009

CERVETERI

	Maschi	Femmine	Totale
Marocco	34	24	58
Egitto	10	5	15
Tunisia	5	7	12
Nigeria	7	4	11
Etiopia	0	9	9
Algeria	5	2	7

AFRICA Cittadini Stranieri.
Popolazione residente per sesso e
cittadinanza al 31 Dicembre 2009

LADISPOLI

	Maschi	Femmine	Totale
Senegal	92	20	112
Marocco	69	37	106
Nigeria	56	34	90
Egitto	45	16	61
Tunisia	18	10	28
Algeria	17	7	24

ASIA E AMERICA

**ASIA Cittadini Stranieri. Popolazione
residente per sesso e cittadinanza al 31
Dicembre 2009 CERVETERI**

**ASIA Cittadini Stranieri. Popolazione
residente per sesso e cittadinanza al 31
Dicembre 2009 LADISPOLI**

	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
India	19	14	33	India	91	39	130
Cina Rep. Popolare	9	10	19	Filippine	33	42	75
Filippine	2	13	15	Pakistan	21	10	31
Sri Lanka	5	4	9	Cina Rep. Popolare	14	16	30
Giappone	2	5	7	Sri Lanka	18	7	25
Iran	1	3	4	Siria	8	7	15
Corea del Sud	1	2	3	Bangladesh	9	4	13
Thailandia	0	3	3	Libano	6	5	11

**AMERICA Cittadini Stranieri. Popolazione
residente per sesso e cittadinanza al 31
Dicembre 2009 CERVETERI**

**AMERICA Cittadini Stranieri. Popolazione
residente per sesso e cittadinanza al 31
Dicembre 2009 LADISPOLI**

	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
Perù	16	29	45	Perù	50	65	115
Brasile	6	33	39	Ecuador	17	24	41
Ecuador	8	18	26	Brasile	10	28	38
Colombia	5	16	21	Colombia	11	18	29
Cuba	6	11	17	Cuba	7	19	26
Argentina	6	9	15	Argentina	8	17	25
Stati Uniti	5	7	12	Stati Uniti	8	8	16
Rep. Dominicana	4	4	8	Messico	0	12	12

2.4.2 andamento della popolazione immigrata 2006-2010 ed incidenza sulla popolazione generale.

	2006			2007			2008			2009			2010		
	popolazione generale	popolazione immigrata	incidenza su popolazione generale	popolazione generale	popolazione immigrata	incidenza su popolazione generale	popolazione generale	popolazione immigrata	incidenza su popolazione generale	popolazione generale	popolazione immigrata	incidenza su popolazione generale	popolazione generale	popolazione immigrata	incidenza su popolazione generale
Cerveteri	33.039	1484	4,492	33.390	1617	4,843	34.338	2244	6,535	35.355	2.641	7,470	35692	2862	8,0186
Ladispoli	35.895	3912	10,898	36.609	4344	11,866	37.964	5642	14,861	39.376	6.560	16,660	40.279	7182	17,831
totale	68.934	5396	7,828	69.999	4344	6,206	72.302	7886	10,907	74.731	9.201	12,312	75.971	10.044	13,221
Provincia	3.831.959	228.205	5,955	4.013.057	278.540	6,941	4.061.543	321.887	7,925	4.110.035	366.360	8,914	4.154.684	405.617	9,763

Dai dati sull'andamento della popolazione immigrata e la sua incidenza sulla popolazione generale, emerge la peculiarità della popolazione distrettuale che ha una delle più alte percentuali di popolazione straniera del Lazio, in continuo incremento.

2.5 Sintesi degli aspetti generali della popolazione distrettuale

In sintesi la popolazione distrettuale appare così caratterizzata:

- Alta percentuale di popolazione straniera;
- Forte presenza di popolazione proveniente da altri comuni;
- Incremento annuo rilevante;
- Processo di invecchiamento più significativo per la popolazione di Cerveteri;
- Maggiore presenza di popolazione minorile nel Comune di Ladispoli;
- Incremento della popolazione in tutte le fasce di età, peculiarmente nella fascia di popolazione attiva.

In tal senso si può affermare che il Distretto sia interessato da un processo di transizione che guida i due Comuni verso la complessità sociale: l'identità del territorio, fino a venti anni fa dai caratteri specificatamente rurali, si sta rimodellando notevolmente per l'interazione con un vero e proprio universo di culture, etnie, nazionalità molto diverse fra loro e portatrici di nuovi valori, identità e necessità.

3. Il quadro territoriale dei bisogni

Abbiamo visto dai dati demografici che i flussi immigratori che caratterizzano il territorio, continuano a determinare ampie e profonde trasformazioni, non solo del quadro demografico e della economia con l'intenso sviluppo del settore turistico e terziario, ma anche della qualità dei gruppi sociali presenti, in riferimento ai comportamenti, agli atteggiamenti, alle relazioni interpersonali e alla cultura dei cittadini.

Si rileva inoltre che i vari gruppi sociali, proprio per la loro continua evoluzione, presentano un rilevante grado di frammentazione che ostacola i processi di integrazione e determina difficoltà allo sviluppo di una diffusa ed adeguata rete di solidarietà.

Il tessuto dei rapporti sociali originari, che costituivano la rete di protezione primaria delle due comunità tradizionali, tende gradualmente ad indebolirsi ed incontra maggiori difficoltà ad essere attivato.

I cambiamenti sommariamente descritti tuttora caratterizzano le due comunità e richiedono una valutazione approfondita e complessa, fondamentale per la definizione di uno strumento di programmazione sociale pluriennale quale vuole essere il Piano di Zona.

Nel corso degli ultimi anni le amministrazioni locali hanno rafforzato il loro impegno nel settore sociale e contemporaneamente anche il privato sociale si è ramificato nelle due comunità, avviando un processo di qualificazione dei servizi erogati.

Si può osservare che una caratteristica peculiare del territorio, al pari dei fenomeni sociali registrati a livello nazionale, anche se in misura diversa nelle due comunità locali, è il rischio di isolamento ed esclusione cui sono esposti soprattutto alcuni gruppi e categorie della popolazione, in particolare i minori, gli anziani e i soggetti più deboli in generale. Tali rischi vanno correlati alla maggiore instabilità dei nuclei familiari.

Cominciando ad entrare nel merito delle varie aree di intervento non si può non rilevare che i bisogni sociali che emergono nel territorio sono frutto sia di dinamiche socio-economiche che caratterizzano la società moderna, per es. come vedremo il processo di invecchiamento, sia di specificità locali (per es. l'incidenza dei bisogni della area immigrazione).

In ciascuna di queste aree sono intervenuti ed intervengono soggetti istituzionali diversi che, con leggi ed atti tecnico amministrativi, nonché con risorse economiche, hanno condizionato e condizionano sia l'emergere dei bisogni che il loro soddisfacimento.

Questo processo caratterizza un sistema in continua evoluzione che richiede flessibilità e capacità di modificare le strategie di intervento, individuando volta per volta le priorità.

3.1 Area Minori e Famiglia

	Minori: Utenza potenziale*	% su popolazione totale	Minori: Utenza effettiva**	% su utenza potenziale	Popolazione totale
Cerveteri	6410	17,95	380	5,9	35.692
Ladispoli	7441	18,47	398	5,3	40.279

*Utenza potenziale
a
pot

enziale: 0/17 anni (popolazione anagrafica complessiva su totale popolazione)

**Utenza effettiva: quantificazione ipotetica della popolazione minorile in condizioni di disagio in carico ai servizi sociali comunali e progetti distrettuali.

Osservazioni sui dati:

I servizi sociali dei due comuni distrettuali segnalano che il numero dei minori in carico e/o segnalati per condizioni di disagio psico sociale è in costante aumento e che sarebbe opportuno un potenziamento soprattutto dei servizi e degli interventi a sostegno della famiglia.

Per analizzare il disagio presente nel nostro territorio riguardante i minori e le loro famiglie non si può non tenere conto di quei **mutamenti sociali e demografici** che hanno cambiato profondamente struttura, composizione, modalità di funzionamento e sistema di regole della famiglia.

La famiglia contemporanea appare come un sistema altamente complesso, differenziato e a confini variabili, in cui si realizza quell'esperienza vitale specifica che è fondamentale per la strutturazione dell'individuo come essere relazionale, nelle sue determinazioni di genere e di età, quindi nei rapporti fra i sessi e le generazioni.

Le fasi del ciclo di vita della persona si dilatano e si trasformano, determinando di conseguenza *cambiamenti nelle strutture, nelle relazioni e nelle reti delle famiglie*.

Dai dati pubblicati dall'ISTAT con l'ultima indagine conoscitiva sulla condizione delle famiglie in Italia, si rileva che non è soltanto diminuita la dimensione media delle famiglie, in relazione alla bassissima fecondità, ma è cambiata anche la struttura dovuta a:

- **Il miglioramento delle condizioni di salute** negli adulti e negli anziani che ha modificato i tempi e i modi della transizione alla vecchiaia, conferendo agli individui maggiori opportunità per ridefinire scelte, ruoli, rapporti e percorsi di vita;

- **La maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro** che ha portato a nuovi modelli di relazioni familiari, a rapporti meno gerarchici del passato e a nuovi bisogni, in gran parte ancora insoddisfatti e ad una riduzione del tempo di lavoro familiare;

- L'evolversi del ciclo di vita che **assottiglia e dirada la rete dei parenti e le loro relazioni**. Di conseguenza, *alcuni segmenti di popolazione diventano più vulnerabili*: in particolare le *madri sole* (la loro rete familiare è circa la metà di quella delle coniugate), gli *anziani celibi e nubili* e *separati o divorziati che vivono soli*;

- **La semplificazione delle strutture familiari**, che vede ridursi il peso tra il 1994-1995 e il 2004-2005, delle coppie con figli e l'aumento delle persone sole e delle coppie senza figli;

- **l'aumento dei giovani** celibi e nubili tra i 25 e i 34 anni **che vivono ancora nella famiglia di origine** e che passano dal 35,5 al 43,3 per cento dal 1995 al 2005, superando ormai la quota dei loro coetanei che vivono in coppia con figli, aumento dovuto anche alla *dilatazione dei tempi necessari al conseguimento di una posizione lavorativa stabile e i problemi legati alla disponibilità di un'abitazione autonoma*.

TALI FENOMENI SONO RICONTRABILI ANCHE NELLA REALTA' DISTRETTUALE

Disuguaglianza e vulnerabilità sociale

La famiglia continua a svolgere un ruolo fondamentale di ammortizzatore sociale, ma le tendenze demografiche e le trasformazioni nel rapporto tra donna e lavoro fanno sì che sarà sempre più difficile per le donne, pilastro fondamentale delle reti di aiuto informale, sostenere il ruolo di care giver essendo sempre più schiacciate tra i carichi di lavoro di cura dei figli e quello dei genitori anziani;

la combinazione delle dimensioni lavorativa e reddituale consente di individuare gruppi di soggetti più esposti a condizioni di vulnerabilità: i lavoratori a basso reddito e gli anziani; i giovani che hanno difficoltà di accesso e stabilizzazione sul mercato del lavoro; i gruppi di lavoratori con bassi livelli di istruzione o che non possono valorizzare il loro capitale umano.

Anche nelle comunità di **Ladispoli** e **Cerveteri**, come nel resto della società, le famiglie hanno subito radicali cambiamenti sociali causati dall'aumento della loro vulnerabilità, determinata dalla scomparsa del nucleo familiare allargato, dall'aumento dei nuclei monoparentali per divorzi e separazioni, dall'aumento della partecipazione della donna al mercato del lavoro non accompagnato da un adeguato sviluppo e sostegno dei servizi socio-educativi, dalle aumentate esigenze dei singoli componenti delle famiglie, dal prolungamento della permanenza dei figli presso la casa dei genitori, dalla necessità di cura ed assistenza della popolazione anziana non più autosufficiente.

Le due comunità però, in questa evoluzione, seguono ritmi diversi dovuti alle caratteristiche dello sviluppo, anche se entro qualche anno i processi del cambiamento sociale saranno più omogenei.

Ciò che evidenziano gli operatori dei servizi sociali è il costante indebolimento dell'istituto familiare che rende spesso i suoi componenti incapaci, di fronte all'insorgere di disagi di un qualche rilievo, di individuare gli strumenti per risolverli o quanto meno per affrontarli e contenerli.

Minori ricoverati in istituto al 31.12 2010

Distretto F2	n. minori in istituto
Cerveteri	6
Ladispoli	11
Tot.	26

I servizi sociali territoriali segnalano **inoltre l'aumento delle famiglie che versano in situazioni gravi**, dove l'elemento più ricorrente è la multiproblematicità, di

fronte alla quale solo dalla realizzazione di programmi di azione concertata tra una pluralità di servizi e risorse del territorio, può emergere qualche risultato concreto.

Le famiglie multiproblematiche sono senza dubbio quelle che assorbono la maggioranza delle risorse dei servizi, delle iniziative e dei progetti.

Tali famiglie sono esposte alla sovrapposizione di diversi tipi di povertà: forti livelli di inoccupazione, lavoro nero, marginalità economica e a volte sottomissione all'area della illegalità, precarietà abitative, carenza delle condizioni igienico sanitarie, marginalità che conduce spesso nell'area della devianza minorile ed adulta, etc..

Connesse a tali condizioni si sviluppano anche altre problematiche nel rapporto con i servizi istituzionali: evasione/inadempienza dell'obbligo scolastico, tendenza a strutturare rapporti di passività-assistenzialismo con i diversi servizi (sociali, sanitari e giudiziari) con i quali si entra continuamente in contatto nei percorsi di vita.

Tutto questo comporta per tali famiglie un forte depauperamento delle condizioni affettive e relazionali con conseguenze spesso critiche sul piano delle capacità di prendersi cura dei propri figli.

In queste famiglie il grado di vulnerabilità è elevato anche rispetto al rischio di coinvolgimento nelle dipendenze ed al manifestarsi del disagio psichico.

Minori in affidamento al 31.12.2010

Distretto F2	
Cerveteri	5
Ladispoli	14
Tot.	19

Un altro elemento di criticità è rappresentato **dalla condizione dei minori:** sono in aumento i casi di disagio segnalati dai Tribunali Civile e Minorile, si rileva un aumento delle segnalazioni di abusi e più in generale emerge il dato dei minori lasciati spesso soli perché i genitori pendolari sono fuori casa tutto il giorno per motivi di lavoro.

Una recente ricerca svolta da studiosi esperti dell'Università Salesiana sulle scuole elementari di **Ladispoli** ha messo in evidenza il fenomeno del bullismo che trova il suo acme soprattutto nelle scuole medie inferiori, così come testimoniato dalle numerose segnalazioni che pervengono ai servizi sociali dalle scuole.

Il bullismo è un concetto ancora privo di una sua puntuale definizione tecnica, sia giuridica che sociologica, ma è usato pressoché unanimemente per indicare tutta quella serie di comportamenti tenuti da soggetti giovani (bambini, adolescenti) nei confronti di loro coetanei, ma non solo, caratterizzati da intenti violenti, vessatori, e persecutori. Il fenomeno ha anche legami con la criminalità giovanile, il teppismo ed il vandalismo.

E' recente l'aumento delle segnalazioni del Servizio Sociale del Ministero della Giustizia, di minori che commettono reati e la costituzione a livello locale di gruppi di adolescenti dediti ad atti di vandalismo e piccola criminalità.

Da anni con **il servizio sociale minorile** si è realizzata una proficua collaborazione anche sul piano della progettazione e della sperimentazione di attività di prevenzione nelle scuole.

Inoltre è stato messo appunto un protocollo d'intesa che ha definito e formalizzato le collaborazioni interistituzionali.

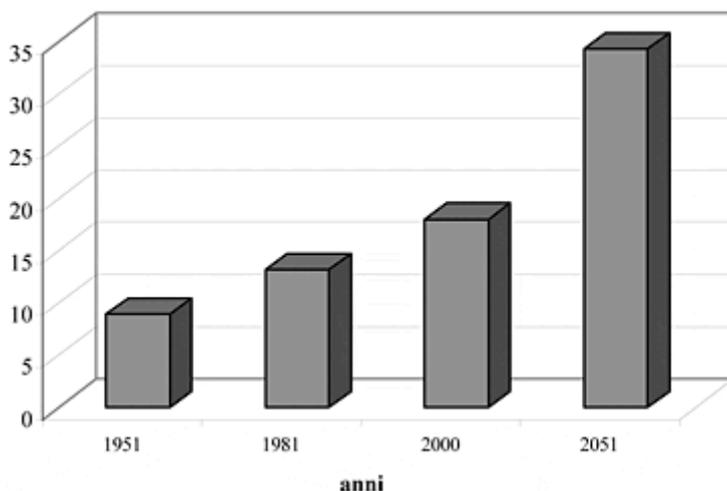
Sintesi dei bisogni emergenti nell'area minori e famiglie

- 1. servizi di sostegno, consulenza ed orientamento per i nuclei familiari, soprattutto quelli che versano in maggiori difficoltà, quali quelli segnalati dalla magistratura;**
- 2. servizi di supporto educativo alle famiglie;**
- 3. servizi di sollievo per le famiglie che presentano nel nucleo familiare persone anziane non autosufficienti, disabili gravi, persone affette da disagi mentali;**
- 4. servizi di supporto economico affinché sia ridotto il processo di graduale impoverimento dei nuclei familiari.**

3.2 Area Anziani

In questi ultimi anni il mutamento della struttura della popolazione in Italia è segnato in particolar modo dal crescente peso degli anziani sul totale della popolazione e sulla popolazione attiva. Come si vede dal successivo grafico, **l'indice di invecchiamento in cinquant'anni è raddoppiato**, e le previsioni ci mostrano che nei prossimi cinquanta anni la crescita sarà quasi esponenziale.

Indice di invecchiamento in Italia, 1951-2051



Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Per nessun paese dell'UE si prevede si raggiunga un tale livello dell'indice di invecchiamento.

Prendiamo inoltre in considerazione lo stesso grado di vecchiaia degli anziani, ovvero se è cresciuto il peso, nella classe degli ultrasessantacinquenni, della quota di coloro che hanno superato ottanta anni, consideriamo **l'indice di senescenza**, cioè il rapporto tra coloro che hanno più di 80 anni e coloro che hanno superato la soglia dei 65 anni.

L'analisi storica rileva che, nel giro di cinquant'anni, tale indice sia addirittura raddoppiato: **nel 1951 era pari all'11,9%, nel 1981 raggiungeva quota 16,7%, infine nel 2001 era pari a 22,6%**, dimostrando così, non solo un progressivo invecchiamento della popolazione, ma anche un invecchiamento della stessa classe degli anziani.

La valutazione del sistema di protezione sociale che è possibile realizzare in ciascun territorio diventa un problema cruciale nella costruzione della rete dei servizi e dei progetti rivolti agli anziani.

- **Attualmente** ai soggetti anziani non-autosufficienti provvedono, nella stragrande maggioranza dei casi, le famiglie, autonomamente da sole o con l'aiuto di personale retribuito; solo in misura più limitata le responsabilità delle cure ricadono interamente sui servizi.

- **I servizi sociali** dei due Comuni rilevano anche nel nostro territorio distrettuale un netto aumento di disagio riferito soprattutto agli **anziani soli, privi di una adeguata rete familiare e non più autosufficienti.**

Nei casi in cui è necessario, si dovrà operare affinché alla parte della popolazione anziana non più autosufficiente sia garantita la possibilità di continuare a vivere nel proprio ambiente familiare in modo protetto e assistito.

Ma il processo di invecchiamento non è necessariamente un fenomeno negativo. In condizioni favorevoli può dar luogo alla produzione di un valore sociale aggiunto, di un profitto sociale utilizzabile in funzione dello sviluppo della socialità collettiva e l'estensione e lo sviluppo dei servizi di utilità sociale affidati alla popolazione anziana - così come sta accadendo proficuamente nel nostro territorio - costituisce una importante strategia di intervento.

Anziani impegnati in servizi di utilità sociale - Ladispoli e Cerveteri al 31.12.2010

COMUNI	ANZIANI COINVOLTI	SPESA ANNUA
LADISPOLI	80	140.000,00
CERVETERI	24	38.326,00

Anche l'attività dei centri sociali anziani appare come un'importante strategia per il mantenimento della vita attiva e per la prevenzione degli stati di marginalità sociale che spesso si accompagnano all'invecchiamento.

Cerveteri e Ladispoli, seppure in maniera diversa, usufruiscono positivamente di tali interventi.

Anziani coinvolti nelle attività dei centri sociali anziani - Ladispoli e Cerveteri

al 31.12.2010

COMUNI	N. centri sociali	n. complessivo degli iscritti
LADISPOLI	2	801
CERVETERI	4	1430

I due servizi di assistenza domiciliare comunali hanno una lista di attesa che è particolarmente consistente per il Comune di Ladispoli dove si arriva a n. 40 istanze non soddisfatte che solo in parte trovano una risposta nel progetto "anziano per l'anziano", inserito nei servizi di utilità sociale, o nel progetto della Coop.va La Goletta, finanziato dalla CARICIV (Fondazione Cassa di Risparmio di Civitavecchia).

I SAISA (servizi di assistenza ed integrazione sociale degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti) erogano prestazioni che riescono a prendersi carico a domicilio quasi esclusivamente degli anziani che comunque usufruiscono di una rete familiare di supporto.

Per i due servizi l'impegno finanziario dei due comuni è sensibilmente diverso (quello del Comune di Ladispoli è quasi il doppio di quello del Comune di Cerveteri).

Anziani assistiti dal SAISA (assistenza domiciliare comunale)-

Ladispoli e Cerveteri al 31.12.2010

COMUNI	ANZIANI ASSISTITI SAISA	SPESA ANNUA COMUNALE
LADISPOLI	52	235.000,00
CERVETERI	31	126.000.00

Ambedue prevedono una contribuzione da parte dell'utenza e sono organizzati nella forma dell'accreditamento, cioè è stato istituito un Albo di soggetti accreditati tra cui l'utente, una volta concessa l'assistenza dal servizio sociale comunale, può scegliere il soggetto erogatore delle prestazioni.

Anche se nel corso degli anni il servizio domiciliare nei due comuni è aumentato, non ha determinato una contemporanea diminuzione dei ricoveri in casa di riposo o in RSA.

Per i ricoveri in RSA bisogna osservare che fino a qualche anno fa il numero dei ricoveri di Ladispoli era nettamente superiore a quello di Cerveteri (nel 2005 erano 36 per Ladispoli e 11 per Cerveteri).

Nel 2010 il numero dei ricoveri è quasi uguale, con prevalenza del Comune di Cerveteri. Tale dato va correlato anche al diverso investimento che i due comuni attuano nell'ambito dell'assistenza domiciliare anziani

Anziani ricoverati in RSA e case di riposo - Ladispoli e Cerveteri al 31.12.2010

COMUNI	ANZIANI RICOVERATI RSA	ANZIANI RICOVERATI IN CASE DI RIPOSO
LADISPOLI	55	15
CERVETERI	36	11

Il protocollo per l'assistenza domiciliare integrata, realizzato con il PDZ del 2001 è diventato operativo con l'avvio del progetto "Star bene a casa": si è costituita infatti un'equipe interistituzionale (CAD distrettuale e servizi sociali dei due comuni) che, insieme al soggetto affidatario del progetto, ha cominciato ad intervenire in maniera unitaria integrando gli interventi dell'assistenza domiciliare sociale e sanitaria. Il progetto "**Star bene a casa**" è stato implementato con le risorse del Fondo per la non autosufficienza e purtroppo ha già una lista d'attesa pari a circa 20 utenti. **Per quanto riguarda i servizi** che le due amministrazioni comunali offrono agli anziani nell'ambito della **socialità, del tempo libero e più in generale delle attività ludiche**, sportive e ricreative, si può rilevare un buon programma di vacanze estive, altre attività nel settore della promozione di agevolazioni di vario tipo (a Ladispoli la carta d'argento) e programmi di ginnastica dolce (Ladispoli e Cerveteri).

Soggiorni estivi

COMUNI	ANZIANI COINVOLTI IN SOGGIORNI ESTIVI 2010	SPESA ANNUA COMUNALE
LADISPOLI	95	46.000,00
CERVETERI	93	49.939,50

Sintesi dei bisogni emergenti nell'area anziani

Nell'area anziani è soprattutto una rete di servizi per l'area della non autosufficienza il problema più urgente, sia sul versante degli aiuti domiciliari che su quello dell'incremento di strutture di accoglienza diurne e residenziali.

3.3 Area Disabili

Nel 2001 l'OMS approvò la nuova [Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute](#) (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF) come "standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità".

Lo scopo generale dell'ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati.

L'ISTAT, utilizzando tale classificazione e con l'ausilio di numerose banche dati, ha quantificato la popolazione in condizione di disabilità in Italia, così come risulta dalla successiva tabella di stima generale, relativa al 2004-2005.

In base a tale rilevazione emerge che in Italia **le persone con disabilità sono 2milioni 609mila, pari al 4,8% circa della popolazione dai 6 anni e più che vive in famiglia.** La stima si basa su un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. **Se consideriamo in generale le persone che hanno manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento di queste funzioni la stima allora sale a 6 milioni 606mila persone, pari al 12% della popolazione, che vive**

in famiglia, età superiore ai 6 anni. Tale dato è in linea con quello rilevato nei principali paesi industrializzati. Sfuggono tuttavia le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere tali attività essenziali.

Nell'ambito del disagio legato all'handicap è difficile avere una esatta quantificazione del problema e delle sue caratteristiche, per la complessità del fenomeno, per le sue numerose articolazioni e per la mancanza di una banca dati unitaria. **Ma se consideriamo le stime ISTAT e le rapportiamo al nostro territorio l'incidenza della disabilità potrebbe essere la seguente:**

popolazione distrettuale	75.971 unità
Incidenza persone disabili al 4,8%	3647 unità
Incidenza disabili al 12%	9117 unità

Tale numero estremamente significativo non tiene conto della popolazione di età inferiore ai 6 anni e soprattutto è in costante aumento per il processo di invecchiamento generale della popolazione che implementa la percentuale della popolazione anziana disabile.

Lo stato di handicap, diverso da quello di minorazione civile, è definito e graduato dalla Legge 104/1992.

Il primo comma dell'articolo 3 della [Legge 104/1992](#) precisa: *"È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che causa difficoltà di **apprendimento**, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione."*

Il terzo comma dello stesso articolo, definisce la **connotazione di gravità**: *"Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente"*.

La Legge 328/2000 al capo III, art.14 ha disposto che i comuni, d'intesa con le unità sanitarie locali ".....predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2".

2. **Nell'ambito delle risorse disponibili** in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

La legge n. 328/2000 indica quindi, quale elemento fondamentale, l'integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle persone disabili e alle loro famiglie.

Uno dei servizi più importanti che organizzano i comuni e le province riguarda **l'assistenza educativa scolastica.**

Gli interventi quindi mirano ai seguenti obiettivi strategici:

1. **favorire** lo sviluppo dell'autonomia personale;
2. **favorire** l'integrazione e le relazioni sociali;
3. **favorire** lo sviluppo delle potenzialità individuali.

3.3.1 Assistenza educativa scolastica Cerveteri e Ladispoli, a.s. 2010/11

Per l'assistenza educativa scolastica è stato approvato dai due comuni **un protocollo d'intesa**, frutto di un gruppo di lavoro interistituzionale (operatori dei comuni, asl e scuole), che ha sancito le procedure da seguire.

Nei due comuni, nel corso degli anni, si sono sperimentate strategie socializzanti che hanno prodotto sperimentazioni interessanti sotto il profilo dell'autonomia personale e della socializzazione, tanto per quanto concerne l'handicap fisico quanto per quello psichico. E' quindi opportuno perseguire la strada intrapresa potenziando e rafforzando gli interventi.

I due servizi di assistenza domiciliare comunali si fanno carico di numerosi utenti, anche se non tutte le domande riescono ad essere soddisfatte, soprattutto dal punto di vista della consistenza delle ore di assistenza erogate.

I SAISH (servizi di assistenza ed integrazione sociale per i portatori di handicap) erogano prestazioni sia a disabili parzialmente autosufficienti che a disabili in condizioni di disabilità grave.

Per i due servizi l'impegno finanziario dei due comuni è sensibilmente diverso (quello del Comune di Ladispoli è quasi il doppio di quello del Comune di Cerveteri), dovuto soprattutto alla diversa quantificazione numerica.

Ambedue sono organizzati nella forma dell'accreditamento, cioè è stato istituito un Albo di soggetti accreditati tra cui l'utente, una volta concessa l'assistenza dal servizio sociale comunale, può scegliere il soggetto erogatore delle prestazioni.

SCUOLA MATERNA – ELEMENTARE - MEDIA INFERIORE

3.3.2 Tabella Assistenza educativa scolastica a.s. 2006/2007 - 2010 2011

scuola	Cerveteri		Ladispoli		Cerveteri		Ladispoli	
	a.s. 2006/07	a.s. 2007/08	a.s. 2006/07	a.s. 2007/08	a.s. 2010/11	a.s. 2011/12	a.s. 2010/11	a.s. 2011/12
Materna	15	19	10	11	15	20	22	22
Elementare	13	13	31	29	25	26	29	38
Medie inferiori	9	11	16	22	11	9	13	20
Tot. le	44	48	57	62	51	55	64	80

Gli studenti in handicap rilevati sono quelli che fruiscono del servizio di AEC.

Nel periodo preso in considerazione, a Cerveteri si rileva un incremento del **20%**, a Ladispoli del **45%**. In molti casi, soprattutto per i frequentanti le scuole medie inferiori, si tratta di ragazzi alla soglia della maggiore età. Questo dato, insieme a quello non rilevato ma altrettanto significativo relativo alla presenza dei disabili in AEC nella scuola media superiore, fa ipotizzare che già dal prossimo anno usciranno dalla scuola un congruo gruppo di giovani che richiedono l'istituzione di nuovi centri di aggregazione diurna.

Sono presenti inoltre sul territorio comunale servizi semi residenziali (centri diurni) di varia tipologia:

Centro sociale polivalente a Ladispoli (accoglienza diurna disabili medio gravi e gravi);

Progetto strada per l'autonomia distrettuale (accoglienza disabili giovani medio gravi);

Attività di laboratorio per disabili fruitori del SAISH che cumulando le ore di assistenza realizzano efficaci attività di gruppo (musicoterapia, cucina, ceramica etc, attività che variano anno per anno).

Comunque, in relazione alla presenza di disabili nelle scuole, si ipotizza che i tre servizi semi residenziali non saranno sufficienti per l'accoglienza dei disabili gravi che quest'anno ed il prossimo anno, completeranno il ciclo scolastico.

Utenti assistiti dal SAISH (assistenza domiciliare comunale) anni 2005, 2007,2010

	2005		2007		2010	
	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa
Ladispoli	45	280.000,00	56	330.000,00	56	410.000,00
Cerveteri	32	103.142,00	38	123.000,00	41	182.398,00

Come nel SAISA, anche per il SAISH l'intervento comunale è fortemente differenziato.

Uno degli obiettivi da porre a livello distrettuale è sicuramente l'omogeneizzazione dei livelli di assistenza erogati dai due comuni. Un processo che potrà avviarsi più celermente con l'implementazione del servizio sociale distrettuale.

Il privato sociale, nell'ambito degli impegni assunti con i Piani di Zona e nel clima di collaborazione interistituzionale creatosi nel distretto, in questi anni si è impegnato ad arricchire l'offerta dei servizi e dei progetti a livello locale.

Possiamo così elencare i servizi e le strutture avviate dal privato sociale:

- Casa Elisa, fattoria sociale della Coop.va Casa Comune 2000, a Ladispoli;
- La casa dell'autonomia della Coop.va Solidarietà, a Cerveteri;
- La casa dell'autonomia delle coop.ve CASSIAVASS a Ladispoli;
- Il centro servizi della Coop.va Casa Comune 2000, presso il mercato di Ladispoli;
- La casa famiglia della Coop.va Goletta, utilizzata anche per laboratori dell'area della disabilità.

Per ultima in ordine temporale, ma di particolare importanza per il soggetto promotore, rappresentato dalla Associazione dei familiari dei ragazzi disabili, "NUOVE FRONTIERE", è la struttura denominata il **"Parco degli angeli"** particolarmente interessante per la capacità di coinvolgimento nel progetto delle imprese "profit" del territorio e per la dimostrazione concreta che gli utenti possono contribuire in prima persona e con iniziative di qualità alla rete dei servizi locali.

Nel territorio di Ladispoli opera infine la Coop.va Progetto 96 che gestisce due strutture residenziali di cui una è un gruppo appartamento per disabili, convenzionato con alcune ASL di Roma.

Le criticità che tuttora si rilevano riguardano **prioritariamente** la necessità di implementare la residenzialità: molti dei ragazzi disabili hanno genitori anziani e per loro è indispensabile cominciare a realizzare **case-famiglia** dove possano andare a vivere autonomamente con il sostegno di operatori qualificati.

Ma la mancanza di una unità operativa stabile della ASLRMF, composta da più figure professionali referente della disabilità adulta, è il problema centrale con il quale la rete dei progetti e dei servizi messa in campo a volte rischia di non raggiungere i propri obiettivi, mancando un interlocutore multispecialistico che accompagni la famiglia lungo tutto l'arco della vita del disabile, aiutandola, insieme agli operatori dei servizi man mano coinvolti, ad individuare gli obiettivi evolutivi più adeguati, le attività riabilitative e le terapie più idonee.

ASSOCIAZIONE NUOVE FRONTIERE

L'ASSOCIAZIONE NUOVE FRONTIERE O.N.L.U.S. è un'Associazione, senza scopo di lucro, fra genitori e parenti di persone portatrici di handicap, sia fisico che mentale, che dal 1993 opera nel territorio dei Comuni di Ladispoli e Cerveteri

Scopo dell'Associazione, che ad oggi accoglie ben cinquanta famiglie, è l'organizzazione ed il coordinamento di strutture ed operatori specializzati per avviare e sviluppare processi di integrazione che valorizzino per i disabili tutte le possibili attività riabilitative, socio-sanitarie, educative, formative, occupazionali, culturali, sportive e sociali in genere.

L'Associazione mira, inoltre, a sensibilizzare gli enti locali, le imprese ed i vari soggetti del privato sociale verso i problemi autonomia ed integrazione sociale del disabile e promuove e sviluppa collaborazioni con tutti gli organismi, nazionali ed esteri, che operino condividendone le finalità, nello spirito di attuazione delle leggi del settore.

L'Associazione rappresenta un punto di riferimento per coloro che vivono il problema dell'handicap, senza preclusioni per nessuno, stimolando chi lo vive in silenzio ad uscire dall'isolamento e a coalizzarsi per poter così raggiungere obiettivi sempre più importanti per assicurare un futuro migliore a chi necessita di essere aiutato in ogni attività quotidiana.

L'Associazione è fra quelle che nel 2004 hanno costituito La **Fondazione Prima del Dopo Capodarco ONLUS**. ed è pertanto collegata in rete con numerose Associazioni della Regione Lazio, con le quali condivide interessi, obiettivi e progettualità.

La mancanza di un'èquipe stabile nell'area della disabilità adulta, tutt'oggi impedisce di realizzare compiutamente il **"Piano di Intervento Individuale"**, strumento fondamentale di accompagnamento del disabile nelle tappe fondamentali della sua vita.

Un importante progetto riguarda l'ultimazione della struttura dell'area artigianale del Comune di Ladispoli (ai confini con il Comune di Cerveteri). La struttura polifunzionale sarà il centro di attività formativa e di orientamento al lavoro ed ospita il progetto distrettuale "Strada per l'autonomia".

Sintesi dei bisogni emergenti nell'area disabili

1. Presa in carico più incisiva della disabilità grave, soprattutto caratterizzata da gravi disturbi comportamentali e dalla presenza nel nucleo di più disabili (2 o 3);
2. Mantenimento dei livelli di autonomia conseguiti in ambito scolastico e loro rafforzamento;
3. Accoglienza residenziale per quei disabili che non possono più usufruire adeguatamente dell'ospitalità familiare,
4. Presa in carico stabile con formulazione del piano individuale di intervento da parte di una equipe multi specialistica socio-sanitaria.

3.4 Area disagio ed esclusione sociale

Abbiamo già visto che i comuni di Cerveteri e Ladispoli, tra i 120 comuni della Provincia di Roma presentano un reddito irpef medio di gran lunga inferiore a quello dei cittadini del Comune di Roma e nella graduatoria si pongono rispettivamente al 42° posto Cerveteri e 92° Ladispoli. Ma la povertà è un fenomeno ben più complesso di quello rilevato dal reddito IRPEF, che risulta difficile quantificare in maniera compiuta.

E' comunque un fenomeno in crescita anche nei **comuni di Cerveteri e Ladispoli** dove gli assistenti sociali ricevono giornalmente persone che chiedono di essere aiutate dal Comune a superare una grave condizione di disagio sociale, quasi sempre legata soprattutto alla disoccupazione ma non solo: i costi delle abitazioni in locazione che spesso assorbono quasi tutte le risorse economiche dei nuclei familiari, la presenza nel nucleo familiare di persone affette da gravi malattie non più attive nel mondo del lavoro, donne separate con assegni di mantenimento minimi e/o saltuari, condizioni di estremo isolamento e l'elenco delle cause che determinano lo stato di povertà potrebbe essere ancora lungo. Si tratta infatti di un fenomeno particolarmente difficile che affonda le sue radici in un sistema sociale iniquo e poco solidale.

3.4.1. Gli interventi dei comuni per contrastare il fenomeno della povertà

I comuni nel corso degli anni hanno messo appunto varie strategie per contrastare la povertà, di seguito si elencano gli interventi più significativi:

	Contributi a famiglie con minori con disagio socio-economico 2010	
	utenti	spesa
Cerveteri	168	98.096,00
Ladispoli	155	49.000,00

Utenti e spesa per contributi assistenziali adulti Cerveteri e Ladispoli anno 2010

	Contributi 2010	
	utenti	spesa
Cerveteri	55	27.500,00
adispoli	150	75.000,00

Oltre all'esperienza degli assistenti sociali dei Comuni, sul territorio opera da anni La Caritas diocesana che anche quest'anno ha presentato i risultati di una ricerca sui cittadini che si rivolgono ai centri ascolto della Caritas attivi nella Diocesi di Santa Rufina che comprende nel suo territorio anche i Comuni di Ladispoli e Cerveteri. I dati raccolti dalla Caritas coincidono con quelli segnalati dai servizi sociali dei due comuni.

All'interno del rapporto Caritas viene presentata un'attenta analisi statistica da cui si evince, tra l'altro, che la povertà attecchisce prevalentemente tra persone in possesso dei titoli di studio della scuola dell'obbligo e in buona parte dotati di diploma. Dal confronto con l'anno precedente, inoltre, si rileva un incremento del 10% dei "poveri" tra le persone che hanno una casa di proprietà e un notevole incremento (dal 6 al 20.8%) di chi dichiara di essere privo di abitazione. Si segnala inoltre un notevole incremento (dal 13,2 al 22.6%) di persone che versano nella condizione di povertà estrema.

Gli interventi messi in atto per contrastare il fenomeno della povertà sono di vario tipo: oltre all'intervento dei volontari della Caritas nel centro ascolto, operativo da molti anni nel nostro territorio e che erogano un insieme di aiuti (accoglienza, accompagnamento, centro pasti, aiuti alimentari, vestiario etc) diversificati, i servizi sociali comunali erogano soprattutto un ventaglio di aiuti economici a famiglie con minori o nuclei familiari composti da soli adulti, assistenza alloggiativa, contributi per spese sanitarie, assistenza a ex detenuti o a nuclei familiari di detenuti. Tali aiuti però quasi sempre non riescono ad eliminare le cause del disagio e sostanzialmente rappresentano solo piccoli sollievi alla condizione di indigenza.

Ambedue i comuni hanno sperimentato negli anni l'erogazione di borse lavoro che rappresenta un tentativo di intervento meno assistenzialistico, anche se quasi mai è seguito, lì dove è possibile, da un vero e proprio reinserimento lavorativo.

Sicuramente la situazione più difficile e complessa è indubbiamente quella di coloro che hanno perso tutto: il sostegno della famiglia, la casa, il lavoro, i cosiddetti

“senza fissa dimora”, anch’essi in netto aumento soprattutto a Ladispoli, un problema alimentato anche dalla presenza rilevante di stranieri privi del permesso di soggiorno.

Molteplici sono le cause della povertà estrema e molteplici ne sono gli elementi caratterizzanti (le condizioni abitative, la salute, la dimensione familiare, le relazioni sociali); ma si affaccia un fenomeno ancora più complesso comprendente condizioni di grave debolezza sociale che vengono vissute all’interno delle pareti domestiche e che sempre più spesso danno luogo a fenomeni di vero e proprio **barbonismo domestico**.

La multiproblematicità familiare ha spesso come elemento ricorrente la povertà economica e culturale, in espansione anche perché i flussi immigratori, determinati dagli alti costi degli alloggi in locazione a Roma ed alla vicinanza con la stessa città, hanno indotto a trasferirsi nei comuni di Ladispoli e Cerveteri numerose famiglie già appartenenti all’area della marginalità.

Le ragioni del disagio spesso fanno riferimento a comportamenti e patologie legati alle tossicodipendenze ed ai disturbi mentali. Il territorio di Ladispoli e Cerveteri è privo del servizio **SERT**, presente solo nel distretto F3 presso l’Ospedale Civile “Padre Pio” di Bracciano.

L’assenza del SERT in “loco” impedisce una presa in carico legata alla comunità e lo sviluppo di progetti di intervento riabilitativi.

Nel tavolo di negoziazione particolare attenzione è stata dedicata al legame tra la dipendenza da alcool e la povertà estrema, problematica particolarmente significativa nel nostro territorio e segnalata anche dall’osservazione dell’Anonima Alcolisti che opera ormai da vari anni a Ladispoli.

3.5 Area Immigrati

Abbiamo già descritto la presenza degli immigrati dal punto di vista demografico, presenza particolarmente significativa a Ladispoli.

Della popolazione immigrata e delle sue problematiche si è già accennato ma è opportuno soffermarsi ulteriormente rilevando innanzitutto che la presenza degli immigrati è difforme nei due territori comunali: Ladispoli da ormai qualche decennio rappresenta una città con una componente stabile di popolazione straniera appartenente a varie etnie variabili anche in riferimento ai mutamenti sociali e politici che hanno caratterizzato i paesi d’origine.

Dopo il relevantissimo flusso di immigrati provenienti dalla ex Unione Sovietica, che stazionavano a Ladispoli in attesa di un permesso di soggiorno per gli Stati Uniti o

per il Canada, si è passati all'attuale presenza migratoria di tipo "trasversale" per provenienza geografica, per cultura, per religione, rifugiati o richiedenti asilo.

Questo fenomeno influenza, quindi, la composizione della popolazione in quanto coloro che migrano verso Ladispoli e Cerveteri sono per lo più giovani coppie e/o single.

Nel corso degli anni non si sono mai registrati gravi episodi di razzismo e nei due comuni si può rilevare una buona integrazione ed accettazione della popolazione straniera.

Indubbiamente una quota della popolazione immigrata si colloca nell'area della marginalità poiché non presenta una rete familiare di supporto, ha difficoltà di integrazione sociale legate alla lingua, alla cultura e se si presenta una delle tante difficoltà attinenti la salute psico-fisica, minori sono le possibilità di superamento.

Nel Distretto F2 abbiamo visto che i minori residenti al 01/01/2010 sono complessivamente 14.277, di cui 7.867 a Ladispoli e 6.410 a Cerveteri; **i minori stranieri sono complessivamente 1957 (501 a Cerveteri e 1456 a Ladispoli) e rappresentano il 13,70 circa della popolazione minorile generale.**

La condizione dei numerosi minori stranieri continua a presentarsi problematica anche se sono stati fatti numerosi passi avanti sia in ordine alla capacità di supporto psico-sociale fornito nel corso degli anni dal progetto WELFARE LOCALE PER COMUNITA' SOLIDALI che da vari progetti di intervento: in particolare il progetto a **TUTTOMONDO** a Ladispoli ha realizzato una serie di azioni molto significative che hanno coinvolto numerosi studenti delle scuole medie inferiori e superiori. In particolare con il progetto si è realizzata una ricerca sulla "condizione degli adolescenti di origine straniera a Ladispoli e le loro prospettive di integrazione". Con la ricerca sono state effettuate decine di interviste a testimoni privilegiati e a ragazzi e ragazze immigrati che offrono uno spaccato molto interessante sui vissuti dei giovani immigrati⁵.

⁵ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, progetto " ATUTTOMONDO", ricerca sulla condizione degli adolescenti di origine straniera a Ladispoli e le loro prospettive di integrazione. A cura di: Alessandro Scassellati – Antropologo, Vincenzo Taurino – Sociologo Politiche e Servizi Socia

Nelle scuole si registra una forte presenza di bambini immigrati nella scuola materna e dell'obbligo, mentre nella scuola media superiore tale presenza scende notevolmente spesso in riferimento all'inserimento precoce nel mondo del lavoro.

Si segnala infine che nel territorio sono sorte numerose attività commerciali gestite da stranieri; questo dato positivo però non è generalizzabile poiché la condizione lavorativa della popolazione immigrata risulta estremamente precaria e spesso priva delle coperture previdenziali.

Sintesi dei bisogni emergenti nell'area immigrati

1. Integrazione della popolazione minorile, cominciando dagli asili, ludoteche e dalla scuola materna anche per consentire alle donne immigrate di svolgere l'attività lavorativa;
2. Mediazione culturale;
3. Rappresentanza degli immigrati tramite la consulta distrettuale;
4. Superare i gap di comunicazione legati alla lingua.

4. Quadro generale dei servizi socio-assistenziali (modulista)

(con particolare attenzione alla integrazione socio-sanitaria)

Segretariato Sociale

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza.

Il servizio è presente in ambedue i comuni distrettuali ed è garantito dagli assistenti sociali dei servizi sociali comunali

Prestazioni offerte:

Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità

- Sì

- No

Consulenza sui problemi familiari e sociali

- Sì

- No

Accoglienza della domanda individuale, collettiva lettura del bisogno, accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza

- Sì

- No

Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni

- Sì

- No

⁶ È in via di riorganizzazione con possibile supporto informatico in collegamento con il PUA.

Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale

- Sì X

- No

Aiuto alla soluzione di problemi che non necessitano di presa in carico da parte di servizi specifici

- Sì X

- No

Mediazione interculturale

- Sì

- No X⁷

Destinatari:

Famiglie

- Sì X

- No

Anziani

- Sì X

- No

Minori

- Sì X

- No

Persone con problematiche psico-sociali appartenenti ad area della marginalità sociale locale

- Sì X

- No

Disabili

⁷ È affidata ad altro progetto specifico per l'area immigrati

- Sì

- No

Immigrati

- Sì

- No

Altro (cittadini in generale dei due comuni)

Servizio Sociale Professionale

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

SI CERVETERI C

SI LADISPOLI C

SI DISTRETTUALE D⁸

Sostegno alle famiglie ed ai gruppi sociali

- Sì

- No

Destinatari

Famiglie

- Sì

- No

Anziani

⁸ Nei piani di zona è previsto un rafforzamento del servizio sociale professionale ed un livello di progressiva omogeneizzazione delle prassi intervento

- Sì X

- No

Minori

- Sì X

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì X

- No

Disabili

- Sì X

- No

Immigrati

- Sì X

- No

Altro (cittadini in generale dei due comuni)

AFFIANCAMENTO E AFFIDO FAMILIARE

- Sì X

- No X⁹

Destinatari:

Famiglie

- Sì X

- No

Minori

- Sì X

⁹ È affidato a specifico servizio finanziato dalla Amministrazione Provinciale di Roma

- No

INSERIMENTO LAVORATIVO

- Sì X

- No

Destinatari

Disabili

- Sì X

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì X

- No

Giovani a rischio di devianza

- Sì¹⁰ X

- No

Immigrati

- Sì X

- No

Altro (specificare _____)

DEFINIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

- Sì X (anche se non avviene per tutti i casi)

- No

Destinatari

Disabili

- Sì X

¹⁰ In collaborazione con servizio sociale del Ministero della Giustizia

- No

Anziani

- Sì

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì

- No

Minori

- Sì

- No

Immigrati

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No ¹¹

Destinatari

Famiglie

- Sì

- No

Anziani

¹¹ Non è ancora presente anche se cominciano ad essere numerosi gli interventi richiesti per situazioni di emergenza

- Sì

- No

Minori

- Sì

- No

Disabili adulti

- Sì

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì

- No

Immigrati

- Sì

- No

Donne in difficoltà, gestanti o madri

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

Servizi di assistenza domiciliare

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

CERVETERI C

LADISPOLI C

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- Sì X

- No

Destinatari

Famiglie

- Sì X

- No

Minori

- Sì X

- No

Anziani

- Sì X

- No

Disabili

- Sì X

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì X

- No

Persone in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protatta

- Sì X

- No

Altro (specificare _____)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA¹²

- Sì X

- No

Destinatari

Famiglie

- Sì

- No X

Minori

- Sì

- No X

Anziani

- Sì X

- No

Disabili

- Sì X

- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì

- No X

Persone in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protetta

¹² Vedi progetto distrettuale "star bene a casa"

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Strutture a ciclo residenziale¹³

- Sì

- No

Strutture residenziali per minori

- Sì

- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

LADISPOLI C¹⁴

di cui:

Casa Famiglia

- Sì

- No

Gruppo appartamento

¹³ Sono tutte a gestione del privato sociale; il bacino degli utenti è sovradistrettuale.

¹⁴ Nel Comune di Ladispoli ci sono due case famiglie, gestite dal privato sociale con bacino di utenza sovra comunale

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Minori

- Sì

- No

Minori disabili

- Sì

- No

Strutture residenziali per disabili ADULTI

- Sì

- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

LADISPOLI C¹⁵

di cui:

Casa Famiglia

¹⁵ Utenza prevalente del Comune di Roma

- Sì

- No

Comunità alloggio

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Disabili adulti

- Sì

- No

Strutture residenziali per anziani

- Sì

- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

LADISPOLI C¹⁶

di cui:

Casa Famiglia

¹⁶ Comunità alloggio per anziani con utenza prevalente del Comune di Ladispoli

- Sì

- No

Comunità alloggio

- Sì

- No

Case di riposo

- Sì

- No

Casa albergo

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Anziani autosufficienti, soli o in coppia

- Sì

- No

Anziani parzialmente non autosufficienti, soli o in coppia

- Sì

- No

Strutture residenziali per persone con problematiche psico-sociali¹⁷

- Sì

- No

¹⁷ Casa famiglia CSM

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

LADISPOLI D

di cui:

Casa Famiglia

- Sì

- No

Comunità alloggio

- Sì

- No

Comunità di pronta accoglienza

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Si Persone con problematiche psico-sociali (N.3 UTENTI CSM)

- No

Strutture semi-residenziali

- Sì

- No

STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER ANZIANI

- Sì

- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

di cui:

Centri diurni

- Sì

- No

Centri diurni integrati Alzheimer

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Anziani parzialmente non autosufficienti con esiti di patologie fisiche e/o sensoriali

- Sì

- No

Anziani parzialmente non autosufficienti affetti da demenza senile e/o Alzheimer

- Sì

- No

Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per persone con problematiche psico-sociali

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

di cui:

Strutture semi-residenziali socio-riabilitative

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per il disabile adulto

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

DISTRETTUALE D

COMUNALE (Ladispoli) di cui:

Centri diurni socio-riabilitativi

- Sì ¹⁸

- No

Centri diurni di terapia occupazionale

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Disabili adulti

- Sì

- No

Strutture semi-residenziali educative per minori (0-18 anni)

- Sì

- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

¹⁸ Centro sociale polivalente per disabili adulti medio/ gravi

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

di cui:

Asili nido

- Sì ¹⁹

- No

Micronidi nei luoghi di lavoro

- Sì

- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No

Destinatari

Bambini fino a tre anni

- Sì

- No

Bambini

- Sì

- No

Adolescenti

- Sì

- No

¹⁹ Micro nidi a gestione privata

Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

di cui:

Centri di pronta accoglienza notturna per adulti

- Sì
- No

Servizio di mensa sociale

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Adulti con grave disagio economico, familiare o sociale (anche senza fissa dimora)

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì

- No X

ALTRI SERVIZI

- Sì

- No X

Centro Sociale per Anziani

- Sì X

- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No X

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

CERVETERI C

LADISPOLI C

Ludoteche

- Sì X

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

CERVETERI C

LADISPOLI C

Centri di aggregazione per bambini

- Sì X

- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì

- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (*se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C*).

CERVETERI C

LADISPOLI C²⁰

²⁰ Nei due comuni distrettuali esistono centri di aggregazione gestiti dal privato sociale: gruppi scout, oratori, attività sportivi e culturali etc

4.1 La spesa sociale dei comuni ad integrazione del Piano di Zona al 31.12.2010

SERVIZI	LADISPOLI	CERVETERI
Assistenza domiciliare handicap	490.000,00	182.398,00
Assistenza educativa scolastica	445.000,00	350.000,00
Centro sociale polivalente per disabili	2.000,00	-
Soggiorni estivi minori	38.500,00	85.000,00
Minori in istituto	200.000,00	115.000,00
Assistenza domiciliare anziani	235.000,00	126.000,00
Soggiorni anziani	46.000,00	55.000,00
RSA	496.976,70	86.500,00
Anziani in istituto	136323,00	229.569,83
Mensa anziani e indigenti	90.000,00	-
Risocializzazione	140.000,00	38.326,00
Borse lavoro	58.606,56	35.990,00
Contributi assistenziali	75.000,00	27.500,00
Sostegni economici famiglie con minori	49.000,00	98.096,00
Totale	2.502.406,26	1.246.981,8

4.2 L'attività dei servizi socio-sanitari del Distretto F2

Dati Attività del T.S.M.R.E.E.

(Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva)

ATTIVITA' SVOLTA	QUANTIFICAZIONE
Visite neuropsichiatriche	654
Colloqui psicologici e sedute di osservazione per psico-diagnosi	215
Test somministrati	185
Sedute di sostegno e counseling	203
Sedute di psicoterapia	404
Sedute di valutazione riabilitativa	205
Sedute di terapia riabilitativa (singole o di gruppo)	2300
Prestazioni di valenza sociale	
Interventi GLH	460
Certificazioni e consulenze	502

Attività dei Consultori di Cerveteri e Ladispoli

ATTIVITA' SVOLTA	QUANTIFICAZIONE
n. Visite ginecologiche	1770
n. Visite ostetriche	607
n. Visite senologiche	780
n. Utenti per contraccezione programmata	538
n. Utenti per contraccezione di urgenza	131
n. Prelievi pap test	708

n. Utenti IVG	115
Certificati rilasciati per IVG	
n. Utenti post. IVG	63
Consulenze non mediche puerperio (ambulatoriali, domiciliari, allattamento)	108
n. Visite pediatriche complessive (compresi asili nido)	646
Incontri per consulenza psicologiche	861
Sedute di psicoterapia (individuale,coppia,gruppo)	616
Incontri per consulenze sociale	763
Relazioni per tribunale minorenni (sociali+psicologiche)	30
Corsi preparazione parto e nascita	14
Incontri per CCPN	
Gestanti preparate	109
Incontri per progetto giovani nelle scuole	35
Incontri per spazio giovani	525

Attività C.S.M. (centro salute mentale)

ATTIVITA' SVOLTA	QUANTIFICAZIONE
Ore settimanali di apertura degli ambulatori (C.S.M.)	66
Numero utenti assistiti nel periodo-prevalenti	659
Nuovi utenti-incidenti	312
Prime visite psichiatriche con presa in carico	288
Visite successive,consulenze e valutazioni	2979
Colloqui psicologici e test	51
Relazioni effettuate (cliniche, sociali, assistenziali)	193

Sedute di psicoterapia (individuale, coppia, gruppo)	646
Emergenza-pronta consulenza-n. interventi nel periodo	100
Ricoveri in SPDC con TSO	10
N. centri presenti sul territorio sul territorio	1
Ore settimanali di apertura del centro	66
N. utenti assistiti nel periodo	889/212
N. accessi	11095
Consulenze e valutazioni	64

ATTIVITA' SERT BRACCIANO, SVOLTA PER UTENTI DISTRETTO F2

		1 trim.	2 trim.	3 trim.	4 trim.	2010
	cadenza					
1) attività medica						
n° prime visite mediche	trimestrale	10	13	11	9	43
n visite successive	trimestrale	156	211	173	198	738
n revisioni programmi farmacologici	trimestrale	313	298	324	345	1280
n° consulenze mediche esterne	trimestrale	0	0	0	0	0
n° di interventi per pazienti in overdose	trimestrale	0	0	0	0	0
n° prescr. Diagnostiche o terapeutiche	trimestrale	28	34	31	29	122
n° proposte di ricovero	trimestrale	2	1	3	4	10
n° certificazioni	trimestrale	12	6	19	12	49
n° interventi a domicilio	trimestrale	0	0	0	0	0
n° colloqui informativi	trimestrale	45	51	75	81	252
2) attività Psicologica						
n° colloqui psicologici	trimestrale	11	14	8	12	45

n° test/questionari somministrati	trimestrale	22	27	31	36	116
consulenze esterne	trimestrale	5	4	2	3	15
psicoterapia individuali n° sedute	trimestrale	16	15	22	32	85
psicoterap famil e/o di coppia n° sedute	trimestrale	15	18	4	6	42
psicoterapia di gruppo n° sedute	trimestrale	0	0	0	0	0
n° colloqui informativi	trimestrale	0	0	2	6	8
3) attività sociale						
n° colloqui di presa in carico	trimestrale	11	10	13	9	43
n° attività territoriali (visita dom. riunioni)	trimestrale	10	11	15	14	50
n° consulenze	trimestrale	7	5	2	3	17
interventi individuali n° sedute	trimestrale	18	19	18	9	64
interventi familiari n° sedute	trimestrale	12	10	10	5	37
interventi di gruppo	trimestrale	1	1	0	1	3
n° interventi socio-riabilitativi	trimestrale	3	3	3	3	12
n° progetti per utenti	trimestrale	8	8	8	8	32
n° colloqui informativi	trimestrale	9	12	15	13	49
4) attività infermieristica						
n° somministrazioni di metadone	trimestrale	3198	3280	3251	3425	13154
n° somministrazione di buprenorfina	trimestrale	971	982	995	1036	3984
n° somministrazioni di alcover	trimestrale	168	218	245	232	863
n° altre terapie (os ev im)	trimestrale	31	29	22	29	111
n° urine raccolte	trimestrale	225	218	223	246	912
n° analisi estemporanee	trimestrale	12	6	12	10	40
n° interventi a domicilio	trimestrale	0	0	0	0	0
n° contenitori rifiuti solidi speciali	trimestrale	12	12	10	12	46
n° altre prestazioni (prelievi,	Trimestrale					

medicaz...)		0	0	0	0	0
n° colloqui informativi	trimestrale	603	589	611	598	2401
5) altre attività	trimestrale					
n° inserimenti presso C.T.	trimestrale	3	4	3	4	14
n° relazioni collegiali	trimestrale	3	4	3	4	14
n° colloquio e conselling telefonici	trimestrale	241	262	229	213	945
n° riunioni d'equipe	trimestrale	9	12	9	6	36
6) attività di prevenzione						
Centri Informazioni e Consulenza CIC						
n° sportelli CIC	annuale	0	0	0	0	0
totale ore di apertura nel periodo	trimestrale	0	0	0	0	0
n° interventi	trimestrale	0	0	0	0	0
Attività di educazione sanitaria		0	0	0	0	0
n° di interventi	trim./ann.	0	0	0	0	0
n° ore erogate	trimestrale	0	0	0	0	0
n° utenti raggiunti	trim./ann.	0	0	0	0	0
					0	
7) attività di progettazione						
n° progetti presentati	trim./ann.	2	0	0	0	2
n° progetti attivati	trim./ann.	0	0	0	0	0
n° riunioni di coordinamento per progetti	trimestrale	2	5	2	2	11
8) descrizione dell'utenza						
totale assistiti nel periodo	trim./ann.	156	169	163	160	169
di cui nuovi assistiti	trim./ann.	10	13	11	9	43

utenti trasferiti da altri sert	trim./ann.					0	0
per un periodo >30 giorni	trim./ann.					0	128
per un periodo<30 giorni	trim./ann.					0	41
n°assistiti in trattamento con metadone	trim./ann.	51	45	43	46		69
n°assistiti in trattame. con buprenorfina	trim./ann.	9	7	8	6		12
n° assistiti in trattamento con alcover			16	18	15		23
n°assistiti trattati farmaci non sostitutivi	trim./ann.	14	13	11	8		15
n°assistiti con farmaci antagonisti	trim./ann.	3	5	5	3		5
n°assistiti in Comunità	trim./ann.	0	0	0	0		0
n° assistiti con DSM		6	11	12	15		15
ml Metadone somministrati(in migliaia)	trim./ann.						598.565
mg buprenorfina somministrati	trim./ann.						24.505
ml alcover somministrati							24.300
n°assistiti in psicoterapia individuale	trim./ann.						51
n°assistiti in psicoterap familiare/coppia	trim./ann.						12
n° assistiti in consulenza di sostegno	trim./ann.						53
n° familiari assistiti in ter. Fam/ coppia/ind.	trim./ann.						72
n° fam.Assistiti consulenza/sostegno	trim./ann.						30
n°assistiti in psicoterapia di gruppo	trim./ann.						0
n°assistiti interventi sociali individuali	trim./ann.						70
n° assistiti interventi sociali famil/coppia	trim./ann.						12
n° assistiti interventi sociali di gruppo	trim./ann.						0
9) dati sull'utenza	annuale						
Assistiti per sesso (M / F)	annuale						118/51
assistiti per fascia di età: < 19 anni	annuale						2
20 - 24	annuale						11

	25 - 29	annuale					19
	30 - 34	annuale					31
	35 - 39	annuale					43
	> 39	annuale					63
assistiti per sostanza d' abuso primaria		annuale					
oppiacei (eroina, morfina)		annuale					67
metadone, buprenorfina fuori trattam.		annuale					0
cocaina		annuale					48
cannabinoidi		annuale					1
benzodiazepine		annuale					1
anfetamine (compresa ecstasy)		annuale					3
altri psicofarmaci		annuale					0
allucinogeni		annuale					2
alcol		annuale					47
assistiti per trattamento		annuale					169
farmacologico		annuale					147
non farmacologico		annuale					21
		annuale					
utenti totali		annuale					169
di cui residenti		annuale					169

5. Gli obiettivi strategici del Piano di Zona articolati per macroaree.

5.1. Area Minori e Famiglia

Tenuto conto delle considerazioni seppur sommarie, riportate al punto 3.1 del presente PdZ, in questa sede vogliamo sottolineare gli obiettivi strategici dell'area minori e famiglia che nel corso di questi anni non sono sensibilmente cambiati nella qualità e tipologia ma soprattutto nella quantità. Viene quindi riconfermato l'obiettivo di dotarsi di:

1. **servizi di sostegno, consulenza ed orientamento per i nuclei familiari**, soprattutto quelli che versano in condizioni di maggiore difficoltà, quali quelli segnalati dalla magistratura, tramite l'istituzione, con apposito progetto distrettuale, di **un servizio psico-sociale, multi professionale**, in grado di prendersi in carico i nuclei familiari più complessi, rafforzando così i servizi sociali comunali ed i servizi del dipartimento materno-infantile della ASL.
2. **servizi di supporto educativo alle famiglie**, tramite attività aggregative per bambini ed adolescenti, in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, oppure assistenza educativa domiciliare;
3. **servizi di sollievo per le famiglie** che presentano nel nucleo familiare persone anziane non autosufficienti, disabili gravi, persone affette da disagi mentali, tramite attività e servizi da realizzare nelle macro aree elencate successivamente (anziani, disabili, disagio psichico);
4. **servizi di supporto economico** affinché sia ridotto il processo di graduale impoverimento dei nuclei familiari, da razionalizzare e finalizzare maggiormente al fine di ridurre il rischio assistenzialistico, attraverso un processo riorganizzativo a carico soprattutto dei servizi sociali comunali e con risorse dei due comuni;
5. supporto e stimolo alle amministrazioni comunali affinché vengano messe in campo **efficaci politiche per la casa** poiché l'alto costo delle case in locazione rappresenta, insieme alla carenza e precarietà lavoro, la maggiore causa di impoverimento del nucleo familiare.

5.2 Area Anziani

Gli obiettivi strategici dell'area anziani, con il sensibile aumento dell'età media, così come rilevato al punto 3.2 del presente PdZ, sono focalizzati soprattutto sull'area della non autosufficienza. L'esponentiale ricorso al ricovero in RSA rileva l'urgenza di una inversione di tendenza che metta al centro della rete soprattutto i servizi domiciliari che debbono essere attivati precocemente affinché venga evitato o ritardato il ricorso alla istituzionalizzazione e servizi residenziali diurni in grado di mantenere i rapporti con il nucleo familiare, costituendo anzi per quest'ultimo un significativo sollievo per il carico assistenziale. Pertanto le scelte strategiche prioritarie sono:

1. **Servizi di assistenza domiciliare**, possibilmente integrata con il CAD della ASL;
2. **Centro diurno per anziani fragili**, la cui istituzione può essere attuata solo attraverso una convergenza di risorse economiche, umane e strutturali degli enti firmatari dell'accordo di programma interistituzionale.

5.3 Area Disabili

Nel corso degli anni il numero dei disabili che vivono nel territorio distrettuale è sensibilmente aumentato, ciò è facilmente rilevabile dall'andamento delle iscrizioni nelle scuole locali. La rete dei servizi pur essendo articolata si mostra insufficiente. In particolare è necessario:

1. **Presa in carico più incisiva della disabilità grave**, soprattutto caratterizzata da gravi disturbi comportamentali e dalla presenza nel nucleo di più disabili (2 o 3), con azioni di supporto flessibile, in grado di rafforzare i livelli assistenziali già esistenti;
2. **Mantenimento dei livelli di autonomia** conseguiti in ambito scolastico e loro rafforzamento, attraverso una rete di servizi semi residenziali, possibilmente differenziati tra loro;
3. **Accoglienza residenziale per quei disabili che non possono più usufruire dell'ospitalità familiare, perché i genitori sono anziani o per le loro complesse problematiche comportamentali;**

4. **Presa in carico stabile con formulazione del piano individuale di intervento da parte di una **équipe multi specialistica socio-sanitaria** affinché sia garantita l'integrazione socio-sanitaria.**

5.4 Area disagio ed esclusione sociale

Come già sommariamente analizzato al punto 3.4 del presente Piano, l'area del disagio e dell'esclusione sociale è complessa nelle sue cause e trasversale a tutte le problematiche fin qui analizzate, cui vanno aggiunte le dipendenze e la salute mentale spesso all'origine di gran parte delle condizioni di marginalità sociale più grave. In questo ambito la rete dei servizi è ancora insufficiente ma si può tentare di ampliarla soprattutto creando maggiore sinergie tra servizi e risorse del volontariato. In particolare obiettivi strategici in questa area sono:

1. **Analisi approfondita dell'area dell'estrema povertà** che si sta ampliando soprattutto in relazione alla crisi economica che sta riducendo gravemente le risorse occupazionali, attraverso la messa appunto di un sistema di rilevazione congiunto pubblico e privato sociale;
2. **Attività di risocializzazione ed integrazione sociale delle persone affette da patologie mentali** nel tentativo di evitarne l'isolamento;
3. **Attività di prevenzione presa in carico delle persone affette da dipendenze** attraverso le risorse del Piano per le Tossicodipendenze;
4. **Azioni di sensibilizzazione delle comunità locali** intorno al problema della marginalità sociale affinché emergano risorse soprattutto del volontariato.

5.2 Area Immigrati

Per l'area problematica relativa all'immigrazione, bisogna costantemente monitorare i processi di integrazione poiché, soprattutto in questo periodo di grave crisi economica, potrebbero emergere conflittualità con la popolazione italiana e conflittualità inter-etiche che a volte emergono con episodi di violenza seppur circoscritti. Un'attenzione particolare va posta alla popolazione minorile così significativa nel distretto, cominciando proprio dai bambini più piccoli e sollevando le mamme dal carico dell'accudimento. Un servizio di mediazione culturale che affianchi gli operatori sociali soprattutto nei consultori e nei servizi sociali, sarebbe un efficace supporto ai processi di aiuto che si possono mettere in atto soprattutto verso le donne immigrate.

6. Misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi

Coinvolgimento del Terzo Settore:

- consultazione	SI	X
- partecipazione alla stesura del Piano	SI	X
- monitoraggio del Piano	SI	X
- progettazione congiunta in partenariato per individuazione ulteriori risorse (europee, nazionali, regionali, fondazioni etc.)	SI	X
- Organizzazioni di consulte		NO
- Predisposizione di uffici o coordinamenti di piano per l'integrazione	SI	X
- Promozione di percorsi di formazione e aggiornamento tra operatori sociali e sanitari, con la collaborazione della Provincia	SI	X
- Specifici protocolli concordati con le Asl	SI	X

7. Modalità adottate per realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato

Oltre all'Accordo di Programma interistituzionale e la disciplina operativa per l'Accreditamento, sottoscritto dai sindaci, dalla ASL e dalla Provincia che ha consentito negli anni la realizzazione dei vari Piani di Zona, sono state messe appunto numerose strategie finalizzate al coordinamento con gli altri organi dello stato che si possono di seguito elencare brevemente:

1. Protocollo di intesa con le scuole per l'assistenza educativa scolastica;
2. Protocollo con la ASL per l'assistenza domiciliare integrata;
3. Protocollo ASL per gestione casa famiglia per disagiati psichici;
4. Protocollo ASL per avvio PUA;

5. **Accordi con il Ministero della Giustizia e con il servizio sociale minorile (il testo già ampiamente sperimentato dai servizi sociali, TMSREE e servizio sociale minorile deve essere formalizzato);**
6. **Avvio della procedura per la realizzazione della consulta per l'immigrazione;**
7. **Tavoli di lavoro sia a carattere sistematico (Piano di Zona) sia convocati su singole tematiche.**

8.Gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti, controllo, monitoraggio e verifica dei risultati.

- **Il sistema di controllo** è gestito dall'Ufficio di Piano che nelle sue periodiche riunioni (quindicinali) verifica l'andamento dei progetti attraverso la relazione dei responsabili di progetto individuati all'interno dell'ufficio, che hanno il compito di partecipare alle singole riunioni di equipe di progetto, incontrare operatori, utenti e famiglie;
- Il **monitoraggio** avviene attraverso apposite schede, predisposte dai soggetti gestori, su indicazione dell'Ufficio di Piano. Le schede sono diversificate per tipologia di intervento.
- **La verifica dei risultati** avviene semestralmente attraverso un'analisi dei risultati raggiunti (analisi schede relative all'andamento dei progetti) con un bilancio delle criticità riscontrate, le loro cause ed i risultati raggiunti .
- **Controllo della spesa:** mensilmente il soggetto gestore con la fattura relativa alle attività svolte, allega una relazione sintetica sull'andamento del progetto.

9.Le innovazioni organizzative, operative, gestionali e di sistema del distretto

Lo scorso anno è stato sottoscritto il **nuovo accordo di programma interistituzionale** che ha introdotto varie novità rispetto al precedente accordo.

L'accordo ha delineato in maniera più chiara **l'organizzazione distrettuale** e i compiti dei vari organismi ivi previsti: Comitato Istituzionale, Comitato tecnico, tavoli di lavoro, ufficio di piano, responsabile tecnico dell'ufficio di piano.

Inoltre è stato normato il rapporto con il terzo settore attraverso una puntuale definizione della **disciplina per l'accreditamento**.

Risultano più chiari e trasparenti i rapporti con gli organismi del terzo settore che vogliono partecipare alle gare per l'affidamento dei progetti: sono stati elencati nella disciplina di accreditamento anche i criteri di massima per la valutazione dei progetti ai fini del loro affidamento.

Sono stati istituiti due distinti albi di accreditamento distrettuale: il primo riguarda i soggetti giuridici che vogliono partecipare non solo alla progettazione ma anche all'affidamento dei progetti, servizi ed attività; il secondo riguarda gli organismi del volontariato, dell'associazionismo, del mondo sindacale che vogliono partecipare alla progettazione, alla consultazione, alla valutazione dei bisogni del territorio.

I due comuni inoltre hanno condiviso la disciplina di accreditamento per i servizi di assistenza domiciliare che oggi ha un'unica modalità operativa su tutto il territorio distrettuale, pur essendo distinte le fonti di finanziamento che rimangono comunali.

E' stato quindi avviato un processo di integrazione delle procedure operative dei due comuni anche se la spesa sociale rimane fortemente differenziata.

Piano di Zona 2011 riepilogo progetti e quadro finanziario riassuntivo

Piano di Zona 2011 – Riepilogo progetti; quadro finanziario riassuntivo				
	Nome progetto	Costo complessivo	Quota budget regionale (D.G.R. 307/2011)	Cofinanziamento (specificare se comunale, provinciale, ASL, etc.)
interventi in favore degli anziani non autosufficienti (min. 15% budget D.G.R. 307/2011)	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	130.000,00	15,35%	ASL RMF2 (con sede e personale), dei Comuni (con le ass. sociali)
	Totali interventi anziani non autosuff.	130.000,00	15,35%	ASL RMF2 (con sede e personale), dei Comuni (con le ass. sociali)
interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza. ex L. 285/1997 (min. 9%	EQUIPE PSICO-SOCIALE PER CONTRASTARE IL DISAGIO MINORILE	122.300,00	14,44	ASL RMF2 (con personale), i Comuni (con sede e le ass. sociali)
	EDUCATIVA TERRITORIALE	117.700,00	13,90	ASL RMF2 (con personale), Comuni (con sede e le ass. sociali)
	PROGETTO SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IMMIGRATE PER L'ACCUDIMENTO DEI FIGLI DAI 6 MESI AI TRE ANNI (BUDGET	41.000,00	4,8	ASL RMF2 (con sede e personale), Comuni (con le ass. sociali)

budget D.G.R. 307/2011)	IMMIGRAZIONE)			
	Totale interventi ex L. 285/1997	281.000,00	33,14	ASL RMF2 (con personale), Comuni (con sede e le ass. sociali)
interventi in favore dei soggetti con handicap grave, ex art. 3, c. 3 L 104/1992 (min. 5% budget D.G.R. 307/2011)	ASSISTENZA AI DISABILI GRAVI PER SOLLIEVO ALLE FAMIGLIE	87.706,00	10,35	ASL RMF2 (con personale), dei Comuni (con le ass. sociali)
	Totale interventi ex art. 3, c. 3 L 104/1992	87.706,00	10,35	ASL RMF2 (con personale), dei Comuni (con le ass. sociali)
	ATTIVAMENTE	78.000,00	9,2	ASL RMF2 (con personale), dei Comuni (con sede e le ass. sociali)
	CENTRO DIURNO E LABORATORIO PROTETTO "STRADA PER L'AUTONOMIA"	225.000,00	26,5	ASL RMF2 (con personale), Comuni (con le ass. sociali e personale amministrativo)
	SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	20.000,00	2,3	ASL RMF2 (con personale), Comuni (con le ass. sociali e personale amministrativo)

	UFFICIO DI PIANO	20.000,00	2,3	struttura operativa integrata
	VOLONTARIATO	5.000,00	0,5	Servizi sociali comunali
	TOTALI	846.706,00		

I progetti del Piano di Zona 2011 del distretto F2

10. Progetto “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile”

Quadro normativo di riferimento

Il progetto denominato “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile” è nato dalla esigenza di affrontare le numerose difficoltà relative alle famiglie con disagio psico-sociale e/o multiproblematiche dove si assiste, **in misura sempre crescente**, all'aumento del disagio nell'età evolutiva.

La Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ha affidato ai Comuni la piena titolarità in materia dei servizi sociali, titolarità già riconosciuta esplicitamente con il D.P.R. 616/77 relativamente alla organizzazione e alla erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza nonché agli interventi in favore di minori soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile (artt. 22, 23,25);

Il D.Lgs. n. 112/1998 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali” ha attribuito ai Comuni i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali;

In generale per le funzioni di prevenzione e tutela in materia di minori la normativa nazionale vigente assegna la competenza ai Comuni in materia di prestazioni sociali e alle A.S.L. in materia di prestazioni sanitarie.

Nell'ottica della realizzazione di un'area minorile che preveda una rete di interventi integrati tra i vari ambiti del processo di aiuto al minore ed alla sua famiglia, si ritiene opportuno realizzare un progetto che si occupi di famiglie e minori in condizioni di disagio psico-sociale.

Segue scheda progettuale su modulistica regionale

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODELLO REGIONALE

10.1 Titolo: “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile”

10.2. Nuovo progetto

- Sì X (anche se raccoglie parte delle attività del progetto Pollicino anno 2010)

10.3. Progetto già avviato

- No X

10.4 Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l’ambito territoriale e/o l’utenza di riferimento

Il progetto “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile” rappresenta in parte una continuità con le azioni dei precedenti progetti Pollicino, presentati nei PdZ degli anni precedenti e realizzati, e in parte introduce innovazioni soprattutto nella costituzione di una équipe psico-sociale che opera in stretto collegamento con i servizi socio-sanitari, ma autonomamente dall’assistenza educativa territoriale. Tale cambiamento è nato anche dall’esigenza di determinare una modalità operativa più snella e rapida, atta a rispondere in termini adeguati soprattutto alle richieste dei tribunali.

10.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto

Il progetto consiste nell’attività di una équipe psico-sociale composta da assistenti sociali e psicologi che supportano l’azione sia dei servizi socio-sanitari della ASL (consultori e TMSREE) che dei servizi sociali comunali nell’area dei minori e famiglie in condizioni di difficoltà psicosociale, segnalati dalla magistratura, dalle scuole, dal territorio in generale, legati soprattutto alla tutela dei minori.

L’attività dell’équipe è affiancata da una seconda azione che attiene alla creazione e gestione di un sistema di monitoraggio valutazione e verifica dell’intera area dei minori in condizioni di disagio, delle prese in carico, provvedimenti adottati, esiti degli interventi etc., anche attraverso la predisposizione di un apposito data base o utilizzo di strumenti informatici già in essere, che affianchi l’azione dei servizi pubblici e privati dell’area minorile.

10.6 Liveas interessati dal Progetto “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile”:

- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari;
- misure per sostenere le responsabilità familiari;
- misure di sostegno delle donne in difficoltà;
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi.

10.7 Macroarea

Minori e famiglie

10.8. Costo del progetto (totale)

Euro 240.000,00

10.8.1 Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 240.000,00 (la ASL contribuisce con risorse umane e i comuni con risorse umane e sede).

10.9. Servizi/prestazioni erogati

Incontri con la famiglia, il minore e tutti gli attori coinvolti nel processo di aiuto;

Colloqui individuali;

Riunioni di équipe;

Incontri con i giudici;

Lavoro di rete con le agenzie educative territoriali (scuola, associazioni sportive, culturali etc.);

Realizzazione incontri genitori/figli in situazione di conflittualità;

Sostegno psicologico;

Altre azioni ritenute utili per il sostegno del nucleo familiare;

Consulenza legale per situazioni giuridicamente più complesse.

10.10. Bacino di utenza

- Distrettuale X

10.11. Tipologia di utenza

Minori e famiglie in condizioni di disagio psico-sociale

10.12 Obiettivi del progetto

Oltre alla prevenzione dell'istituzionalizzazione del minore o dell'allontanamento dalla famiglia, **obiettivo primario è quello di aiutare il nucleo familiare nella sua azione educativa**, cercando di svilupparne quelle capacità di cura ed accudimento dei figli che risultano carenti o non adeguate. In particolare obiettivo del presente progetto è quello di consentire la *definizione di un progetto di intervento specifico* per ciascun minore che favorisca la sua tutela e, se possibile, il superamento degli elementi di pregiudizio esistenti per la costruzione di percorsi di cambiamento per la famiglia al fine della riappropriazione di una funzione educativa e relazionale adeguata ed equilibrata.

10.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

Dalla data di inizio, circa 12 mesi.

10.14. Tipologia di strutture

Il progetto non prevede la costituzione di una struttura socio-assistenziale.

10.15. Numero utenti nel 2010

E' un nuovo progetto e pertanto non si rilevano utenti nel 2010

10.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

10.17. Utenza annuale prevista

300 unità

Previsione da verificare in itinere con la tipologia dei casi trattati e la complessità delle problematiche evidenziate.

10.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|1|
- Assistenti sociali |_|_|2|
- Sociologi |_|_|1|
- Psicologi |_|_|2|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|

- Altre figure (specificare _____) |_|_|_|

10.19. Sede della struttura e/o dell'attività

Le attività progettuali si svolgono in due diverse sedi: Locali comunali di Via Pisa in Ladispoli e locali comunali di P.zza San Rocco in Cerveteri.

10.20. Liste di attesa

- No (specificare i motivi)

Più che di una vera e propria lista di attesa nei casi segnalati dal Tribunale si può registrare un ritardo nella presa in carico e nella gestione, dovuto all'aumento delle segnalazioni

10.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- **Si** (specificare quali) X

Sono predisposte schede di valutazioni sia riguardanti gli aspetti quantitativi del progetto, sia la tipologia dei disagi presi in considerazione e gli esiti delle prese in carico, con la seguente metodologia:

Scansione temporale del monitoraggio:

3 mesi.

Indicatori di processo:

- a) Numero dei casi presi in carico;
- b) Numero dei progetti di intervento individuale e familiare elaborati;
- c) Numero dei contatti effettuati con il Tribunale
- d) Numero schede individuali dei minori istituzionalizzati.

Scansione temporale della valutazione "in itinere":

6 mesi

Indicatori di risultato:

- a) Numero dei minori e delle famiglie che hanno usufruito proficuamente del servizio;
- b) Numero degli operatori/educatori contattati con i quali sono state intraprese azioni comuni di intervento;
- c) Valutazione dei risultati degli incontri organizzati nell'ambito del lavoro di rete;
- d) utilizzo della consulenza legale.

- No

10.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No X

10.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il progetto “Equipe psico-sociale per contrastare il disagio minorile” è nato dal tavolo di lavoro minori e famiglia e nell’ambito del coordinamento tecnico dove gli operatori dei servizi sociali comunali, dei consultori e del TSMREE, hanno condiviso l’esigenza di rafforzare congiuntamente gli interventi richiesti dalla magistratura, dalle scuole e da altre agenzie, educative e non, del territorio, in ordine alla necessità di farsi carico di minori ed adolescenti in condizioni di disagio psico-sociale in costante aumento.

Le modalità di integrazione sono costituite da:

Costituzione di un unico gruppo di lavoro (operatori Comuni/Asl, con operatori del privato sociale interessati) per la presa in carico, valutazione e predisposizione dei progetti di intervento. Questo gruppo assorbe anche il gruppo GOI (operatori Comuni/Asl per la valutazione dei casi di abusi, violenza, grave disagio, costituzione di una rete territoriale con scuole e forze dell’ordine);

Progetto “Equipe psico sociale” finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provincia	Comunale	Asl	Altro	
-n.2 ass.soc.li X 26 ore sett.li (Euro 20,00 X complessive 2480 ore annue) -n.2 psicologi X 26 ore sett.li (Euro 20,00 X complessive 2480 ore annue) -consulente legale (Euro 30,00X15 ore mensili X12 mesi) - sociologo con competenze amministrative ed elaborazione dati Euro 20,00X 810 ore di attività annue	49.600,00 49.600,00 5.400,00 16.200,00	0,00	n.1 assistente sociale di riferimento per il progetto per ciascun Comune e personale amministrativo*	n.2 psicologi (uno per consultorio e uno TSMREE, neuropsichiatra in casi particolari		120.800,00
Costo di funzionamento e gestione	1.500,00	0,00	telefono, postazione computer, utenze	--	--	1.500,00
Costo di struttura e di mantenimento	A carico dei comuni	0,00	sede			
Totale	122.300,00	0,00				

11. Progetto “Educativa territoriale”

Quadro normativo di riferimento

Il progetto denominato “Educativa territoriale” è nato dalla esigenza di affrontare le numerose difficoltà relative alle famiglie con disagio psico-sociale e/o multiproblematiche dove si assiste, in misura sempre crescente, all'aumento del disagio nell'età evolutiva.

La Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ha affidato ai Comuni la piena titolarità in materia dei servizi sociali, titolarità già riconosciuta esplicitamente con il D.P.R. 616/77 relativamente alla organizzazione e alla erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza nonché agli interventi in favore di minori soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell’ambito della competenza amministrativa e civile (artt. 22, 23,25);

Il D.Lgs. n. 112/1998 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali” ha attribuito ai Comuni i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali;

La legge n.285/1997 (art.4, comma 1, lettera c), che annovera tra le azioni di sostegno alle famiglie le attività che comunemente vengono ricomprese nel “ Servizio Educativo Territoriale” con lo scopo di contribuire alla crescita positiva del minore;

Altre normative che assegnano la competenza ai Comuni in materia di prestazioni sociali e alle A.S.L. in materia di prestazioni sanitarie.

Nell’ottica della realizzazione di un’area minorile che preveda una rete di interventi integrati tra i vari ambiti del processo di aiuto al minore ed alla sua famiglia, si ritiene opportuno realizzare un progetto che si occupi di famiglie e minori a rischio, con finalità socio-educative.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

11.1 “Educativa territoriale”

11.2. Nuovo progetto

- Sì X (anche se raccoglie parte delle attività del progetto Pollicino anno 2010)

- No

11.3. Progetto già avviato

- Sì

- No X

11.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l’ambito territoriale e/o l’utenza di riferimento

Il progetto “Educativa territoriale” rappresenta in parte una continuità con le azioni dei precedenti progetti Pollicino, presentati nei PdZ degli anni precedenti e realizzati, e in parte introduce innovazioni soprattutto nella costituzione di una équipe educativa che opera in stretto collegamento sia con i servizi socio-sanitari, sia con il progetto “Equipe psico-sociale”, ma con maggiore autonomia. Tale cambiamento è nato anche dall’esigenza di determinare una modalità operativa più snella e rapida.

11.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto

Con la definizione del Piano di Intervento educativo, nel quale, oltre alla storicizzazione del disagio segnalato, si individua una strategia di recupero educativo, si utilizzano in via prioritaria le risorse della stessa famiglia e della rete territoriale. Più specificatamente si prevede:

Incontri con la famiglia, il minore e tutti gli attori coinvolti nel processo di aiuto;

Riunioni di équipe;

Lavoro specialistico psico-pedagogico nelle scuole;

Lavoro di rete con le agenzie educative territoriali (scuola, associazioni sportive, culturali etc.);

Sostegno educativo domiciliare;

Sostegno educativo in attività di gruppo;

Altre azioni ritenute utili per il sostegno del nucleo familiare.

11.6. Liveas

- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari
- misure per sostenere le responsabilità familiari;
- misure di sostegno delle donne in difficoltà;
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi.

11.7. Macroarea

Minori e famiglia

11.8. Costo del progetto (totale)

Euro 117.700,00

11.8.1 Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 117.700,00 (i comuni e la ASL partecipano con le risorse umane dei servizi di riferimento quali i servizi sociali comunali, i consultori e il TMSREE, sedi e attrezzature)

11.9. Servizi/prestazioni erogati

PARTENDO DALLE RISORSE DEL NUCLEO FAMILIARE, L'EQUIPE EDUCATIVA, RACCOLTE TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE, ELABORA IL PIANO DI INTERVENTO EDUCATIVO. LE AZIONI DEL PIANO EDUCATIVO SONO QUELLE DESCRITTE AL PUNTO 11.5.

11.10. Bacino di utenza

- Distrettuale X

11.11. Tipologia di utenza

Famiglie e minori

11.12 Obiettivi del progetto

1. analisi delle modalità relazionali assunte all'interno del nucleo familiare, per la negoziazione delle richieste, per il sostegno dei compiti educativi e per l'avvio dei processi di aiuto e di auto-aiuto, a domicilio;
2. supporto psico-pedagogico specialistico agli insegnanti e personale scolastico;
3. supporto educativo domiciliare;
4. realizzazione di attività di gruppo (laboratori creativi, sport, sostegno didattico etc).

11.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

10 mesi (dall'avvio del progetto)

11.14. Tipologia di strutture

Il progetto non prevede la costituzione di una struttura socio-assistenziale

11.15. Numero utenti nel 2010

E' un nuovo progetto, non ha avuto utenti nel 2010

11.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- **Convenzione con cooperative** X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

11.17. Utenza annuale prevista

Si può ipotizzare che per il supporto psico-pedagogico da svolgere nelle scuole, possano essere coinvolti circa 100 minori, 50 i minori da coinvolgere in attività di gruppo e 30 i minori con supporti educativi domiciliari. Il tutto comunque andrà verificato anche con la tipologia dei casi trattati e la complessità delle problematiche evidenziate.

11.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|_|

- Assistenti sociali |_|_|_|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|_|
- **Psico-pedagogisti** |_|_|2|
- **Educatori professionali** |_|_|1|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- **Altre figure (specificare OPERATORI SOCIALI/ANIMATORI)** |_|_|3|

11.19 Sede della struttura e/o dell'attività

L'equipe svolge la sua attività nelle sedi comunali di Via Pisa (Ladispoli) e Piazzale San Rocco 3, le attività di gruppo si svolgono nelle scuole.

12.20. Liste di attesa

Non è possibile quantificare l'eventuale creazione di una lista d'attesa

11.21 Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

Sì (specificare quali) X

Saranno predisposte schede di valutazioni sia riguardanti gli aspetti quantitativi del progetto, sia la tipologia dei disagi presi in considerazione e gli Scansione temporale del monitoraggio con la seguente metodologia:

Scansione temporale del monitoraggio:

3 mesi.

Indicatori di processo:

- a) Numero dei casi presi in carico;
- b) Numero dei progetti di intervento educativo elaborati;
- c) Numero dei contatti effettuati con le scuole;

d) Numero interventi domiciliari effettuati;

e) numero attività di gruppo realizzate;

Scansione temporale della valutazione “in itinere”:

6 mesi

Indicatori di risultato:

a) n. degli utenti che hanno completato il Piano di intervento educativo

rispetto al totale degli utenti inseriti nelle attività;

b) n. degli utenti per i quali si sono raggiunti gli obiettivi prefissati rispetto al totale degli utenti inseriti nel servizio;

c) n. delle famiglie che esprimono soddisfazione per gli interventi erogati rispetto al totale delle famiglie beneficiarie dell'intervento.

11.22 Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente

- Sì, parzialmente

- **No**

11.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl? E' istituito un gruppo di lavoro integrato che si riunisce quindicinalmente costituito da operatori ASL, servizi sociali comunali e equipe progettuale che analizzano i casi, propongono progetti di intervento, valutano l'andamento di quelli in itinere. effettuano attività di monitoraggio e valutazione

Il progetto “Educativa territoriale” è nato dal tavolo di lavoro minori e famiglia e nell'ambito del coordinamento tecnico dove gli operatori dei servizi sociali comunali, dei consultori e del TSMREE, hanno condiviso l'esigenza di rafforzare congiuntamente gli interventi richiesti dalla magistratura, dalle scuole e da altre agenzie, educative e non, del territorio, in ordine alla necessità di farsi carico di minori ed adolescenti in condizioni di disagio psico-sociale in costante aumento. Oltre agli interventi psico-sociali è emersa con forza la necessità di attivare iniziative per offrire ulteriori sostegni alle famiglie ed ai minori in condizioni di disagio. Si propongono quindi veri propri supporti educativi sia di carattere domiciliare che di gruppo, oltre ad interventi di carattere psico-pedagogico nelle scuole a sostegno di insegnanti e personale scolastico.

Progetto “ educativa territoriale” Finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
n.1 educatore per Euro 20,00 per 26 ore di attività sett.le per complessive 1130 ore annue n. psico-pedagogisti per Euro 20,00 per 26 ore sett.li ciascuno per complessive 2250 ore annue n.3 operatori/animatori per Euro 18,00 per 20 ore ciascuno, per complessive 2650 ore di attività	22.600,00 45.000,00 47.700,00	0,00	n.1 assistente sociale di riferimento per il progetto per ciascun Comune personale amministrativo *	n.2 psicologi (uno per consultori e uno TSMREE, neuropsichiatra in casi particolari		115.300,00
Costo di funzionamento e gestione	2.400,00	0,00	telefono, postazione computer, utenze			2.400,00
Costo di struttura e di mantenimento	0,00	0,00	Sede comunale e locali scolastici			0,00
Totale	117.700,00	0,00				117.700,00

12 Progetto Sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai 6 mesi ai tre anni

Quadro normativo di riferimento

Con il D.Lgs. n. 286/1998: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione della straniero" e successive modifiche e integrazioni" si è sancito il principio della garanzia della piena integrazione sociale della popolazione immigrata;

Con la L.R. 14 Luglio 2008, n. 10, "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati", sono stati riconfermati i principi relativi all'integrazione sociale e la necessità di realizzare una serie di azioni tese al sostegno della popolazione immigrata. Il territorio distrettuale presenta una significativa presenza di popolazione immigrata, il cui insediamento è iniziato molti anni fa e nell'ultimo periodo si è intensificato soprattutto per la popolazione rumena (vedi dati demografici).

La popolazione immigrata è mediamente più giovane di quella italiana e più prolifica. I due comuni non hanno asili nido, ludoteche pubbliche, ma solo strutture appartenenti al privato sociale. La possibilità di supportare i nuclei familiari immigrati, facilitando l'accesso dei loro figli alla rete degli asili nido gestiti dal privato sociale, consentirebbe a molte donne immigrate di lavorare, ai bambini di crescere in ambiente educativo protetto. Tale intervento può essere supportato dall'attività di una mediatrice che potrebbe svolgere la sua attività nei due consultori familiari dove si recano molte donne immigrate.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

12.1. "Sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai sei mesi ai tre anni"

12.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

12.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

12.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

12.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Gli operatori dei consultori familiari e dei servizi sociali rilevano che presso i loro servizi si rivolgono numerose donne immigrate con figli compresi tra i sei mesi ed i tre anni e con complesse difficoltà nell'accudimento, dovute spesso alla mancanza di una rete familiare di supporto, al diverso approccio culturale alla maternità, alla difficoltà di mantenere o reperire un'attività lavorativa. Numerosi sono i casi di bambini segnalati dal Tribunale dei minori, per i quali si chiede di predisporre un progetto di sostegno educativo per il nucleo familiare.

Si propone di supportare l'attività degli operatori dei consultori e del servizio sociale con l'intervento di una mediatrice culturale che possa avvicinare le donne immigrate, facilitandone la comunicazione con i servizi. In particolare si ipotizza che aiutare le famiglie degli immigrati, *soprattutto quelle che versano in condizioni di disagio psico-sociale*, fornendo loro la possibilità di inserimento dei figli nei nidi del territorio distrettuale, tutti gestiti dal privato sociale, possa fornire un importante aiuto non solo per l'accoglienza dei bambini in strutture educative, ma anche per la loro socializzazione e per la possibilità delle mamme di reperire occasioni di lavoro per uscire dalla situazione di bisogno.

12.6. Liveas

- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari;
- misure per sostenere le responsabilità familiari;
- misure di sostegno delle donne in difficoltà;
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi.

12.7. Macroarea

Famiglie e minori

12.8. Costo del progetto (totale)

41.000,00

12.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

41.000,00

12.9. Servizi/prestazioni erogati

- Servizio di mediazione familiare, a supporto dell'azione degli operatori dei consultori e dei servizi sociali;
- Facilitazioni per l'accesso dei bambini immigrati nella rete degli asili nido e delle ludoteche gestite nel distretto dal privato sociale.

12.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)
- Comunale (specificare il Comune)

12.11 Tipologia di utenza

Minori e famiglie immigrate

12.12. Obiettivi del progetto

- riduzione del disagio psico-sociale delle famiglie immigrate, tramite l'organizzazione di un servizio di mediazione culturale e accessi facilitati ad asili nido e ludoteche per i figli di età compresa tra i sei mesi ed i tre anni.

12.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

Dalla data di inizio 10 mesi di attività

12.14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_0|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |_|_|_|0|

12.15. Numero utenti nel 2010 |_|_|_|0|

12.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

12.17. Utenza annuale prevista **170 UNITA'**

Poiché si tratta di un nuovo progetto è difficile quantificare l'utenza: si ipotizzano facilitazioni di accesso e ludoteche per circa 20 minori e circa 150 utenti (in gran parte donne immigrate) per il servizio di mediazione culturale.

12.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|_|
- Assistenti sociali |_|_|_|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|_|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|1|
- Altre figure (specificare) |_|_|_|

12.19. Sede della struttura e/o dell'attività

Consultori familiari di Ladispoli e Cerveteri

12.20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)
- NO X

12.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

Indicatori di processo:

a) Numero dei casi contattati dal servizio di mediazione culturale;

b) Numero dei bambini inseriti nelle strutture educative;

6 mesi

Indicatori di risultato:

n. degli bambini che hanno frequentato la struttura educativa per l'intero anno di ospitalità;

n. delle donne che sono riuscite a reperire un lavoro, potendo affidare il bambino ad una struttura educativa.

12.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente *
- No

* è possibile, in relazione al reddito ISEE, prevedere un contributo alla retta di ospitalità dei minori immigrati nelle strutture educative, da quantificare. Ogni contributo verrà utilizzato per aumentare il numero dei minori fruitori delle agevolazioni.

12.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il servizio di mediazione culturale sarà strettamente collegato ai consultori, dove il servizio agisce a supporto del lavoro degli operatori dei consultori (pediatra, ginecologo, psicologo, assistente sociale).

La mediatrice parteciperà alla riunione di coordinamento dell'area minori già citato per gli altri due progetti (Equipe e educativa), affinché sia possibile mettere in rete tutti gli interventi in essere.

Progetto sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai 6 mesi ai tre anni finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				
		Provinciale	Comuni	Asl	Altro	
Costo mediatrice (Euro 18,00X8 ore sett.li X12 mesi attività)	7482,24	0	Assistenti sociali e personale amministrativo	Personale consultori	0	7482,24
Costo di funzionamento e gestione Contributi per minori da inserire in strutture educative (Euro 200,00 per minore per 10 mesi per 16 minori)	32.000,00			Personale consultori	0	32.000,00
Materiale igienico	1517,76	0				1517,76
Costo di struttura e di mantenimento		0	Assistente sociale	Sede messa a disposizione della ASL	0	0
Totale	41.000,00				0	41.000,00

13. Progetto “assistenza domiciliare integrata”

Quadro di riferimento normativo

La condizione delle persone anziane nel nostro territorio rispecchia ciò che sta accadendo a livello più generale: l'invecchiamento della popolazione, infatti, rappresenta il problema più impellente con cui le nuove politiche e i cittadini sono chiamati a confrontarsi, soprattutto poiché tale processo comporta **un aumento rilevante degli anziani non autosufficienti**. La principale normativa di riferimento è la seguente, anche se ovviamente il quadro giuridico non è esaustivo:

Con la **L.R. 2 dicembre 1988, n. 80 “Norme per l'assistenza domiciliare”** La Regione, nel quadro degli interventi diretti alla tutela degli anziani, dei disabili e dei pazienti con malattie croniche, ha inteso promuovere la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, al fine di consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione.

Con la **L. 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate**, sono stati dettati i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. Essa costituisce inoltre riforma economico-sociale della Repubblica. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Con la **Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)** “.....La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”.

Con la **L.R. 23 novembre 2006, n. 20**, è stato istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, all'art.3 sono stati elencati gli interventi ed i servizi finanziabili.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

13.1 “Assistenza domiciliare integrata - ADI”

13.2. Nuovo progetto

- Sì
- No (segue il progetto star bene a casa del quale ha gli stessi contenuti)

13.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

13.4 Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

Non amplia l'ambito territoriale che rimane quello del progetto “star bene a casa”, né l'utenza di riferimento.

13.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Il progetto realizza l'assistenza domiciliare integrata, con prestazioni socio-sanitarie rivolte a persone anziane non autosufficienti. L'utenza viene presa in carico dopo una valutazione di una équipe multidisciplinare, composta dagli operatori del CAD (servizio assistenza domiciliare della ASL RMF2) del servizio sociale dei due comuni e del soggetto gestore delle prestazioni (privato sociale).

13.6. Liveas

Interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio.

13.7. Macroarea

SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

13.8. Costo del progetto (totale)

Euro 130.000,00

13.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 130.000,00

13.9. Servizi/prestazioni erogati

Assistenza domiciliare sociale e sanitaria integrata;

alla vita in casa tramite:

Pulizia personale;

Mantenimento igiene ambiente;

Preparazione e somministrazione pasti;

Segretariato sociale

Attività di integrazione con la comunità tramite l'intervento del volontariato²¹.

13.10. Bacino di utenza

- Distrettuale X

13.11. Tipologia di utenza

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

13.12. Obiettivi del progetto

Il progetto si propone di ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione o ai ricoveri ospedalieri impropri, favorisce le dimissioni protette affinché il ritorno a casa della persona anziana non autosufficiente avvenga con il massimo del sostegno sia per la persona che per il nucleo familiare di riferimento.

13.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 mesi dal momento di avvio

13.14 Tipologia di strutture

Strutture non sono previste

|_|_|0_|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento

²¹ Nel territorio esistono varie associazioni di volontariato che svolgono un'utile attività di supporto ai servizi: l'AUSER a Cerveteri e l'AVO a Ladispoli offrono collaborazione per l'assistenza delle persone anziane (compagnia, piccolo disbrigo pratiche etc.)

- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |_|_|_|_|

13.15. Numero utenti nel 2010 |_|_|32²²

13.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

13.17. Utenza annuale prevista |_|_|_|16|

13.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|0|
- Assistenti sociali |_|_|1|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|_|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|

²² Bisogna considerare che il progetto ha un elevato turn over dell'utenza per la gravità dei casi. Il progetto contemporaneamente può assistere n.16 persone. Oltre 50 le visite domiciliari svolte nel 2010

- Operatori socio-sanitari |_|_|3|
- Volontari |_|_|10
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure (specificare _____) |_|_|_|

13.19. Sede della struttura e/o dell'attività

L'attività si svolge in gran parte presso i domicili dell'utenza, il front office corrisponde al PUA che si trova presso le sedi de poliambulatori ASL di Ladispoli e Cerveteri

13.20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi) SI

L'utenza che potrebbe giovare dell'ADI è molto più ampia complessivamente almeno 20 persone attendono l'attivazione del servizio

13.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali) X

- scansione temporale di monitoraggio:

6 mesi

Indicatori di processo:

- a) Numero anziani assistiti;
- b) Numero accessi a domicilio realizzati

indicatori di risultato

Valutazione del numero dei casi per i quali è stata evitata l'ospedalizzazione

Grado di soddisfazione del nucleo familiare di riferimento

13.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No X

13.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

L'èquipe socio-sanitaria (composta da personale CAD, dai Servizi Sociali dei Comuni di Ladispoli e Cerveteri in collaborazione con la Responsabile del Servizio del privato sociale titolare del progetto) all'interno della riunione periodica quindicinale valuta tutte le domande di assistenza pervenute, verificata l'esistenza dei requisiti previsti per l'accesso al servizio, concorda con la famiglia e/o con l'utente la data per la prima visita domiciliare.

La visita domiciliare viene effettuata congiuntamente da personale CAD e Responsabile del servizio, sia per valutare le reali necessità dell'utente che le condizioni socio-sanitarie. Durante l'incontro viene compilata la Scheda utente contenente le informazioni necessarie. Tali dati permettono all'èquipe socio – sanitaria di valutare l'immissione diretta nel servizio o l'inserimento dell'utente in lista d'attesa. Le riunioni quindicinali hanno le seguenti finalità valutative:

nuovi ingressi;

verifica piano individuale di intervento utenti già in assistenza;

aumento o diminuzione delle prestazioni;

dimissioni;

andamento del progetto.

Progetto assistenza domiciliare integrata - adi: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane Ore di assistenza domiciliare n.5.590 per un anno di attività (€ 18,00 per prestazione oraria) Assistente sociale (€20,00X28 ore sett.li X4,33X12 mesi)	100.620,00 29.097,60	0,00	Assistenti sociali	Personale CAD		129.717,6
Costo di funzionamento e gestione (materiale informativo)	282,40	0,00	0,00	Altri costi a carico della ASL		282,40
Costo di struttura e di mantenimento	0,00	0,00	0,00	Sede a carico della ASL, con il progetto si sostiene l'apertura del PUA		0,00
Totale	130.000,00	0,00	0,00	0,00		130.000,00

14. Progetto “Centro diurno, laboratorio protetto – Strada per l’autonomia”

Quadro normativo

Le norme che regolano l’area della disabilità sono particolarmente numerose anche in relazione ai molteplici aspetti della disabilità stessa che nel tempo sono stati specificatamente normati. Le due leggi portanti e di riferimento riferimento generale sono:

L. 5 febbraio 1992, n. 104, “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”. La legge 104 detta i principi dell’ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

L’art.8 della legge 104 dove più specificatamente prevede l’istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l’obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa.

L. 8 novembre 2000, n. 328

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La 328 sancisce che la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione. Ai sensi della legge 328, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività

previste dall'articolo 128 del [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#). La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali.

Con la Legge 328 si prevedono: “interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio”.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

14.1 “Centro diurno – strada per l’autonomia”

14.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

14.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

Il progetto “Strada per l’Autonomia è stato compreso in tutti i precedenti Piani di Zona”

14.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l’ambito territoriale e/o l’utenza di riferimento

NO. Non amplia l’ambito distrettuale né l’utenza

14.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

In risposta ai giovani disabili che hanno completato il ciclo scolastico si intendono realizzare due diverse tipologie di prestazioni:

- centro diurno per giovani disabili che hanno bisogno di costanti attività riabilitative per non perdere i livelli di autonomia acquisiti a scuola e possibilmente per accrescerli; il programma delle attività è vario ma è sottoposto a continue variazioni anche in riferimento al livello di risposta ed attenzione dei ragazzi inseriti;
- attività laboratoriali e non, di tipo più “produttivo” che potremmo definire “Laboratorio protetto” per sostenere anche con piccoli incentivi economici le capacità lavorative residuali e possibilmente implementarle, dei giovani disabili, con un supporto tutoriale che organizza il lavoro e opera una costante azione di stimolo e supervisione.

14.6. Liveas

INTERVENTI PER LA PIENA INTEGRAZIONE DELLE PERSONE DISABILI

14.7. Macroarea

DISABILITA'

14.8. Costo del progetto (totale)

Euro 225.000,00

14.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 225.000,00

14.9. Servizi/prestazioni erogati

Per ciascun disabile inserito, in base al profilo tracciato nel piano di intervento con la collaborazione degli operatori dei servizi sociali, della ASL (anche se non è ancora stato istituito un servizio per la disabilità adulta) e del soggetto giuridico gestore del progetto, si determina l'inserimento in una delle due opportunità di seguito elencate:

- Le attività del **CENTRO DIURNO** sono varie e spaziano da quelle finalizzate all'autonomia personale (cura personale e dell'ambiente domestico, orientamento sul territorio) motorie (ginnastica, ballo, passeggiate), a quelle espressive (scrittura, ceramica) e produttive (orto, cucina). Le attività vengono condivise con le famiglie attraverso specifiche riunioni di programmazione e calendarizzate, affinché la presenza al centro (5 giorni alla settimana dalle 9,00 fino alle 16,00) sia varia, ben articolata e costantemente monitorata. Il centro è caratterizzato da un continuo sforzo di integrazione con il territorio delle comunità di riferimento.

- Per i giovani disabili inseriti in borsa lavoro, con il progetto 2011 si intende trasformare tale attività in un vero e proprio "**LABORATORIO PROTETTO**", anche in considerazione della tipologia dell'utenza che attualmente risulta possedere un maggior grado di autonomia rispetto ai ragazzi inseriti nel centro diurno, ma non sufficiente per un inserimento lavorativo vero e proprio. Si presume inoltre che tale livello di autonomia sia costante nel tempo e quindi il "**LABORATORIO PROTETTO**" rappresenta un'opportunità per:

1. costante attività formativa in piccoli gruppi per l'acquisizione delle procedure legate alle fasi lavorative;

2. organizzazione di attività lavorative circoscritte (gestione di spazi verdi sia a Ladispoli che a Cerveteri in continuità con quanto già realizzato con i precedenti progetti), ma nel nuovo programma potrebbero essere introdotti dei cambiamenti;

3. per lo svolgimento di queste attività ogni ragazzo percepisce una piccola borsa lavoro;

4. attività di tutoraggio per un continuo stimolo dei ragazzi affinché mantengano un adeguato livello di attività, rispettino le procedure e acquisiscano e mantengano una sufficiente capacità di lavoro in gruppo.

14.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X

14.11. Tipologia di utenza

DISABILI ADULTI

14.12. Obiettivi del progetto

Il principale obiettivo del progetto come già rilevata è il mantenimento ed il potenziamento del livello di autonomia di ciascun disabile inserito; obiettivo non secondario è quello di offrire un servizio di sollievo per le famiglie. Terzo obiettivo è quello di offrire il massimo dell'integrazione sociale con il territorio distrettuale.

14.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 mesi dalla data di inizio

14.14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_1|.

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- **Strutture semiresidenziali CENTRO DIURNO** X

- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |__|__|15|

14.15. Numero utenti nel 2010 |__|__|15|

14.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

14.17. Utenza annuale prevista |__|__|__|15|

14.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |__|__|__|
- Assistenti sociali |__|__|__|
- Sociologi |__|__|__|
- Psicologi |__|__|1|
- Pedagogisti |__|__|__|
- Educatori professionali |__|__|__|
- Operatori socio-sanitari |__|__|5|
- Volontari (servizio civile, quando attivo il progetto specifico) |__|__|3|
- Mediatori culturali |__|__|__|
- Altre figure (tecnici o istruttori al bisogno, per es. ins ballo etc) |__|__|__|

14.19. Sede della struttura e/o dell'attività

Struttura di proprietà del Comune di Ladispoli, sita nella zona artigianale, in Via E. Berlinguer.

14.20. Liste di attesa

- Sì (ci sono vari ragazzi usciti dalle scuole che potrebbero già usufruire del centro) X

- No

14.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali) X

- scansione temporale di monitoraggio:

6 mesi

Indicatori di processo:

a) numero disabili che hanno frequentato il centro diurno ed il laboratorio protetto costantemente, senza assenze motivate (verifica schede di presenza);

b) rispetto del programma proposto (con verifica diario di bordo);

c) n. attività esterne al centro realizzate;

d) svolgimento delle attività lavorative proposte con precisione e rispettando procedure e tempi dati dal tutor (apposita scheda di rilevazione).

Indicatori di risultato

miglioramento grado autonomia personale, anche attraverso questionario alle famiglie;

Grado di soddisfazione degli utenti attraverso questionario;

Conoscenza del territorio da parte dei ragazzi tramite test;

Miglioramento del grado di autonomia nell'attività lavorativa proposta.

14.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente

- **Si**, parzialmente (costo pasto e piccoli contributi per attività extra) X
- No

14.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il progetto centro diurno e laboratorio protetto “Strada per l’autonomia” è stato ideato per realizzare una forte integrazione fra operatori dei servizi sociali, Asl e gestore del progetto, ma la mancanza nella ASL di un servizio appositamente dedicato alla disabilità adulta, ha determinato uno scollamento che anche recentemente è stato posto all’attenzione della Direzione Sanitaria della ASL e quest’ultima, pur nei limiti delle risorse a disposizione, si è impegnata a reperire almeno un supporto sanitario che affianchi gli operatori sociali per la realizzazione del progetto.

Progetto centro diurno e laboratorio protetto strada per l'autonomia: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
<p>Costo risorse umane</p> <p>Psicologo, coordinatore del progetto (€ 20,00X18 ore sett.liX4,33X11 mesi)</p> <p>Operatori sociali (€ 18,00X5 oper X25 ore sett.liX4,33X11 mesi)</p> <p>Tutor laboratorio produttivo (€ 16,00X30 ore sett.li per 4,33 per 11 mesi)</p> <p>Borse lavoro (€ 400,00 a disabile, per 18 disabili comprensivo contributi previdenziali, per 11 mesi)</p>	<p>17.146,80</p> <p>107.167,50</p> <p>19.052,00</p> <p>67.320,00</p>	0,00	Ass.sociali ed operatori amministrati vi	n.1 medico		210.686,30
<p>Costo di funzionamento e gestione</p> <p>Trasporto, materiali, attrezzature (calcolo forfettario)</p>	14.313,70	0,00				14.313,70
<p>Costo di struttura e di mantenimento</p>	0,00	0,00	A carico del comune di Ladispoli			0,00
Totale	225.000,00					225.000,00

15. Progetto Attivamente

Quadro normativo

Il progetto consiste nel fornire assistenza domiciliare e di gruppo a persone affette a disagio psichico grave, disabili e non, seguite dal centro di salute mentale distrettuale.

I principali riferimenti normativi sono, oltre alle norme riguardanti l'area della disabilità per i casi in cui ne ricorrono i presupposti,

La Legge n.180 del luglio 1978, successivamente confluita nella legge 833 del 1978 che istituiva il Sistema Sanitario Nazionale, ha demandato progetti e organizzazione dei servizi di salute mentale a regioni, piani sanitari regionali e leggi obiettivo. I Dipartimenti di Salute Mentale sono strutture organizzative ed organi di coordinamento, suddivisi al loro interno in altre strutture che rispondono alle più diverse esigenze:

- Centri di Salute Mentale e Ambulatori per l'[assistenza](#) territoriale e domiciliare;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Day hospital per l'[assistenza](#) in regime di ricovero;
- Centri Diurni per gli interventi socio-riabilitativi in regime semiresidenziale.

Per l'integrazione sociale i compiti sono demandati ai comuni, in stretta collaborazione con i servizi di salute mentale.

La Legge Regionale n. 49 del 14-07-1983 "Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale" ha dettato norme per l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale.

E' necessario infine citare della legge 328/2000 le finalità entro le quali si colloca il progetto ATTIVAMENTE, art.16, punto 3:

d)prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

15.1. Progetto Attivamente

15.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

15.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

15.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

No, non amplia l'ambito territoriale che è già quello distrettuale e mantiene lo stesso numero di utenza.

15.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Al fine di sostenere i programmi individuali psico-terapeutici e riabilitativi del servizio di salute mentale, si propone la realizzazione di un progetto che attraverso l'assistenza domiciliare o quella di gruppo, sostenga l'integrazione sociale delle persone affette da disagio psichico al fine di ridurre l'emarginazione sociale. L'assistenza è fornita all'occorrenza anche ai tre utenti della casa famiglia attivata con un protocollo d'intesa ASL/Comuni.

15.6 Liveas

Assistenza domiciliare e di gruppo per persone con disagio psichico, a rischio di esclusione sociale

15.7 Macroarea

Disabilità

15.8. Costo del progetto (totale)

Euro 78.000,00

15.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 78.000,00

15.9. Servizi/prestazioni erogati

Le prestazioni consistono in assistenza domiciliare e nei casi dove è possibile, anche al fine di ottimizzare le risorse, di gruppo. Ambedue le forme di intervento, gli utenti da prendere incarico, le modalità di intervento vengono scelte nella riunione dell'èquipe operativa di ATTIVAMENTE.

15.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X

15.11. Tipologia di utenza

Disabilità e disagio psichico

15.12. Obiettivi del progetto

Il progetto Attivamente nasce dalla collaborazione tra il Centro di Salute Mentale distrettuale e i servizi sociali comunali, per rispondere ai bisogni di miglioramento delle competenze relazionali e di integrazione sociale delle persone affette da disagio psichico con particolare attenzione a:

sviluppo dell'autonomia personale e della capacità di cura della persona

sviluppo della capacità di cura del proprio ambiente di vita e gestione della vita domestica

sviluppo della capacità di gestione autonoma della propria vita sociale e relazionale.

Il secondo importante obiettivo del progetto è quello di realizzare un servizio di sollievo per quelle famiglie che si fanno carico giornalmente dell'assistenza ai disabili psichici.

15.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 mesi dalla data di inizio

15.14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|1|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento

- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali

(Struttura messa a disposizione del soggetto gestore del progetto per le attività di gruppo)

- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |__|_|15|

15.15. Numero utenti nel 2010 |__|_|34

Suddivisi tra assistenza domiciliare individuale e assistenza di gruppo

15.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

15.17. Utenza annuale prevista |__|_|40|

15.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |__|_|1|
- Assistenti sociali |__|_|0|
- Sociologi |__|_|_|
- Psicologi |__|_|1|

- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|3|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure MEDICO PSICHIATRA e infermiera DEL CSM |_|_|2|

15.19. Sede della struttura e/o dell'attività

Domicilio utenti o struttura del soggetto gestore

15.20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi) X

Gli utenti del CSM che potrebbero usufruire del progetto sono in numero di gran lunga superiore (almeno altre 15 persone)

- No

15.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali) X

- scansione temporale di monitoraggio:

6 mesi

Indicatori di processo:

- a) numero utenti presi in carico in assistenza domiciliare e di gruppo;
- b) rispetto del programma proposto (con verifica diario di bordo) per le attività di gruppo;

Indicatori di risultato

miglioramento grado autonomia personale, anche attraverso questionario alle famiglie;

Grado di soddisfazione degli utenti attraverso questionario;

- No

15.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

15.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il progetto attivamente nasce dalla collaborazione tra il Centro di Salute Mentale distrettuale e i servizi sociali comunali ed è strutturato nel seguente modo:

- si è costituita una équipe socio-sanitaria specifica per la gestione del progetto;
- l'équipe si riunisce periodicamente (una volta al mese) per: 1. Prendere in considerazione nuovi casi segnalati sempre dagli operatori del CSM; 2. valutare l'andamento dei progetti socio-assistenziali individuali posti in essere per gli utenti già in carico; 3. Valutare l'andamento delle attività di gruppo.

L'équipe è composta da operatori del CSM (medico psichiatra e infermiere), amministrativo Ufficio di Piano, 2 assistenti sociali (uno per ciascun comune), responsabile del progetto per il soggetto gestore (psicologo) .

Progetto Attivamente: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane						
-Operatori socio sanitari per assistenza domiciliare e di gruppo(€ 18,00 X3 Oper.ri X 22 ore sett.li X4,33 X12 mesi)	61.728,48	0,0	n.2 ass.sociali, n.1 amministrativo dell'Uff di piano	n.1 psichiatra e n.1 infermiere		75.924,48
-Psicologo (€ 20,00 X 1 Psi X 5 ore sett.li X4,33 X 12)	5.196,00	0,0				
-Operatore per casa famiglia (n.1 operatore per n.500 ore complessive di assistenza per utenti casa famiglia, costo orario € 18,00)	9.000,00	0,0				
Costo di funzionamento e gestione Spese per attività con utenti (costi materiali laboratori per attività di gruppo, gite, uscite culturali etc.)	2075,52	0,0				2.075,52
Costo di struttura e di mantenimento	0,00				Sede attività a carico soggetto gestore	0,00
Totale	78.000,00					78.000,00

16. Progetto assistenza ai disabili gravi per sollievo alle famiglie

Quadro normativo di riferimento

Nel corso degli anni nel distretto è aumentato il numero dei disabili in condizioni di particolare gravità socio-sanitaria: non solo perché dichiarati gravi dalla ASL (ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92), ma anche perché tale gravità si presenta in più membri dello stesso nucleo familiare (2,3 persone), oppure si tratta di disabili in condizioni di gravità che a parità di riconoscimento della ASL, presentano complesse problematiche gestionali (legate a iperattività, caratteropatie etc), oppure appartenenti a nuclei familiari con genitori particolari anziani.

Per questo progetto quindi è necessario integrare la normativa relativa alla Legge 104/92 e quegli articoli della legge 328/00 che fanno particolare riferimento ai servizi di sollievo per le famiglie che di seguito riportiamo, art.16, punto 3:

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

16.1 ASSISTENZA AI DISABILI GRAVI PER SOLLIEVO ALLE FAMIGLIE

16.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

16.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

16.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

Nuovo progetto

16.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Il progetto "Assistenza ai disabili per sollievo alle famiglie), nasce dall'esigenza di assistere in maniera più compiuta quei disabili che non solo si presentano in condizioni di gravità, come accertato dalla ASL, ma alla gravità si uniscono ulteriori problematiche sia di carattere sociale (presenza di più disabili gravi nello stesso nucleo, genitori particolarmente anziani) che psico-patologico (iperattività, caratteropatie etc). A volte si tratta di casi in cui la soluzione più adeguata sarebbe l'inserimento in una struttura residenziale. In mancanza di tali opportunità, si propone un progetto di attività flessibili che, in relazione alle diverse situazioni individuali, sia in grado di realizzare:

- assistenza domiciliare, anche per determinati periodi, legati a particolari esigenze familiari (per es. necessità di cura di uno dei genitori);
- assistenza di gruppo di tipo laboratoriale, (nei casi in cui è possibile attuarla) in periodi festivi o prefestivi quando altre tipologie di servizi (centri diurni sono chiusi).

16.6. Liveas

Assistenza domiciliare ed attività di gruppo per disabili gravi

16.7. Macroarea

DISABILITA'

16.8. Costo del progetto (totale)

Euro 87.706,00

16.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 87.706,00

16.9. Servizi/prestazioni erogati

Assistenza domiciliare (aiuto personale nella cura della persona disabile, nell'alimentazione, aiuto per il mantenimento della vita di relazione anche con uscite all'esterno dell'abitazione etc);

Attività di gruppo (laboratori) per periodi pre-festivi e festivi per il mantenimento delle autonomie per l'incremento delle capacità comunicative ed espressive etc.);

Supporto psicologico ai nuclei familiari che presentano particolari problematiche, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto.

16.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X

16.11. Tipologia di utenza

DISABILI ADULTI IN CONDIZIONI DI GRAVITA' CON PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE COMPLESSE

16.12. Obiettivi del progetto

Offrire servizi di sollievo per quelle famiglie in cui sono presenti disabili in condizioni di gravità e la cui gravità è complicata da ulteriori fattori (più disabili gravi nello stesso nucleo, particolari condizioni psicopatologiche che richiedono attenzioni ed un accudimento complesso etc.), in attesa del reperimento di soluzioni più adeguate di tipo residenziale.

Mantenere i livelli di autonomia individuale e garantire adeguate forme di vita di relazione anche attraverso attività di gruppo. Ridurre le difficoltà comunicative e relazionali all'interno delle famiglie con colloqui psicologi, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto.

16.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 mesi dall'inizio

16.14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|1|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (struttura messa a disposizione dal soggetto gestore)
X
- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |_|_|_|6

(da utilizzare per più gruppi di utenti)

16.15. Numero utenti nel 2010

|_|_|_|0|

16.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative X
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

16.17. Utenza annuale prevista

|_|_|_|44|

16.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|1|

- Assistenti sociali |_|_|2|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|2|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|4|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure (specificare _____) |_|_|_|

16.19. Sede della struttura e/o dell'attività

La sede per le attività di gruppo e per i colloqui con le famiglie è messa a disposizione dal soggetto del privato sociale, gestore del progetto

16.20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)
- No X

(nuovo progetto)

16.21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali) SI X

- scansione temporale di monitoraggio:

6 mesi

Indicatori di processo:

- a) numero utenti presi in carico in assistenza domiciliare e di gruppo;
- b) rispetto del programma proposto e concordato con le famiglie per le attività individuali e di gruppo;
- c) n. famiglie supportate con colloqui psicologici e gruppi di auto aiuto.

Indicatori di risultato

Diminuzione carico assistenziale, anche attraverso questionario alle famiglie;

No

16.22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

16.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il progetto "Assistenza ai disabili per sollievo alle famiglie) è stato ideato per realizzare una forte integrazione fra operatori dei servizi sociali, Asl e gestore del progetto, ma la mancanza nella ASL di un servizio appositamente dedicato alla disabilità adulta non consente tale integrazione. Il problema anche recentemente è stato posto all'attenzione della Direzione sanitaria della ASL e quest'ultima, pur nei limiti delle risorse a disposizione si è impegnata a reperire almeno un supporto sanitario che affianchi gli operatori sociali per la realizzazione del progetto.

Progetto Assistenza ai disabili gravi per sollievo alle famiglie: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane -Operatori € 18,00X4 op.riX 22 ore attività ciascuno X4,33X12 mesi - n.2 psicologi € 20,00 X 2unità per complessive 15 ore attività mensili X 12 mesi	82304,64 3600,00	0,00 0.00	n.2 assistenti sociali, un amministrati vo	Un medico neuropsichia tra*		85.904,64
Costo di funzionamento e gestione	1801,36	0,00	0,00	0,00		1.801,36
Costo di struttura e di mantenimento		0,00			Messa a disposizione dal soggetto gestore	
Totale	87.706,00	0,00				87.706,00

17 Progetto servizio sociale professionale distrettuale

Quadro normativo di riferimento

La “governance” del Piano di Zona ha un indubbio punto di riferimento nella figura dell’assistente sociale, sia quando opera nei singoli progetti di intervento sia quando mette in rete le risorse dei vari servizi, siano essi sociali o sanitari, le risorse più generali del territorio (volontariato, agenzie educative, associazionismo etc).

I due comuni sono dotati del servizio sociale in misura largamente insufficiente ai bisogni delle due comunità che abbiamo visto in crescita significativa e con caratteristiche sociali peculiari.

Pertanto uno dei progetti proposti propone proprio la realizzazione del SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE così come delineato dall’art.22 della legge 328/2000,punto 4,lettera a

Art. 22.

(Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a*), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari.

17.SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

17.1. Servizio sociale professionale

17.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

17.3. Progetto già avviato

- Sì
- No

17.4. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

Il progetto non amplia l'ambito territoriale, già distrettuale e l'utenza

17.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Il servizio sociale professionale, con gli strumenti di intervento caratteristici della professionale dell'assistente sociale offre ai singoli cittadini, ai gruppi sociali ed alle famiglie, informazioni, consulenza e presa in carico attraverso la predisposizione di progetti di intervento. Il servizio sociale professionale opera tenendo conto della rete dei servizi socio-sanitari e delle opportunità che offre il territorio, creando sinergie al fine di potenziare le risorse locali.

Utilizzo e potenziamento delle risorse delle comunità territoriali

17.6. Liveas

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

17.7. Macroarea

TUTTE

17.8. Costo del progetto (totale)

Euro 20.000,00

17.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

Euro 20.000,00

17.9. Servizi/prestazioni erogati

- mappatura servizi e opportunità del territorio;
- segretariato;
- colloqui;
- visite domiciliari
- partecipazione ai tavoli di lavoro per aree tematiche;
- rapporti con servizi sociali, sanitari scolastici, giudiziari
- predisposizione di relazioni, cartelle, ricerche e quant'altro utile per garantire la qualità delle prestazioni.

17.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X

17.11. Tipologia di utenza

TUTTE

17.12. Obiettivi del progetto

- Rispondere efficacemente ai bisogni di informazione, consulenza, presa in carico delle fasce di popolazione che presentano bisogni sociali più o meno complessi;
- Rafforzare le prestazioni del servizio sociale nel territorio distrettuale;
- Omogeneizzare le prestazioni di servizio sociale dei due comuni.

17.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 MESI DALLA DATA DI INIZIO

17.14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|0|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |_|_|_|_|

17.15. Numero utenti nel 2010

|_|1_|5_|0|

17.16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare _____)

17.17. Utenza annuale prevista

|_|1|5|0|

17.18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|_|
- Assistenti sociali |_|_|2|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|_|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|

17.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il progetto “Servizio Sociale Professionale” ha l’obiettivo di lavorare in rete soprattutto con i servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e non. Fa parte di tutte le equipe multi professionali operative per i singoli progetti. Purtroppo la ASL non ha un analogo servizio sociale distrettuale (nel distretto opera una sola unità) e ciò determina per il servizio sociale distrettuale un incremento delle competenze.

Progetto servizio sociale professionale: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane Prestazioni assistente sociale € 20,00 X1000 ore di attività per 12 mesi	20.000,00	0,00	Assistenti sociali	Operatori distretto		20.000,00
Costo di funzionamento e gestione	0,00	0,00	0,00	0,00		
Costo di struttura e di mantenimento	0,00	0,00	0,00	0,00		
Totale	20.000,00	0,00	0,00	0,00		20.000,00

18 Progetto sostegno e valorizzazione del volontariato

Legge 11 agosto 1991, n.266

La Repubblica Italiana riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato in quanto espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia e ne favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo stato, dalle regioni, dalle province autonome di Trento e di Bolzano e dagli enti locali.

Per volontariato si intende quell'attività prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

Il volontariato si svolge in numerosi campi, ma nell'ambito dei servizi sociali è particolarmente prezioso per il valore aggiunto che porta di solidarietà nei confronti di chi spesso presenta bisogni complessi.

SCHEDA PROGETTUALE RIASSUNTIVA SU MODULISTICA REGIONALE

18.1 Progetto valorizzazione del volontariato

18.2. Nuovo progetto

- Sì
- No

18.33. Progetto già avviato

- Sì
- No

18.44. Se il progetto dà continuità a servizi/strutture già attivati, indicare se amplia l'ambito territoriale e/o l'utenza di riferimento

No, non amplia territorio o utenza

18.5. Descrizione delle attività, dei servizi e/o prestazioni previste dal Progetto (es. casa di accoglienza, comunità alloggio, servizio di assistenza domiciliare, ADI)

Il progetto vuole realizzare azioni di promozione, valorizzazione e formazione del volontariato affinché si avvicinino a questa attività un maggior numero di persone

18.6. Liveas

TUTTI

18.7. Macroarea

TUTTE

18.8. Costo del progetto (totale)

€ 5.000,00

18.8.1. Importo finanziato con risorse assegnate dalla Regione Lazio

€ 5.000,00

18.9. Servizi/prestazioni erogati

Azioni di sensibilizzazione (materiale informativo), contatti con le scuole medie superiori, agenzie educative etc, attività formativa su i servizi sociali e problematiche connesse, accompagnamento nei servizi per conoscenza realtà operative

18.10. Bacino di utenza

- Distrettuale SI X

18.11. Tipologia di utenza

Intende rivolgersi ai cittadini dei due comuni per implementare le persone che possono svolgere attività di volontariato

18.12. Obiettivi del progetto

Implementare le risorse operative in modo da affiancare agli operatori altri operatori che possono occuparsi delle persone in condizioni di disagio per attività semplici ma significative

18.13. Tempi di attuazione (data inizio – data fine)

12 mesi dall'inizio

18.14. Tipologia di strutture

Nessuna in particolare, utilizzo locali comunali

Numero strutture |_|_|0_|

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Capacità di accoglienza della/e struttura/e (n° posti) |_|_|_|_|

18.15. Numero utenti nel 2010

|_|_|_1|0|

18.16. Soggetto che gestisce

- No

18.22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- **No**

18.23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?

Il personale della ASL partecipa alla predisposizione del programma di formazione e organizza insieme al servizio sociale il corso di formazione.

Progetto valorizzazione del volontariato: costi finanziamenti e cofinanziamenti previsti

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Insegnanti corso di formazione (n.2 corsi di n.20 ore ciascuno a Ladispoli e a Cerveteri: € 40,00 X40 ore)	1.600,00	0,00	Assistenti sociali	Operatori distretto		5.000,00
Operatore per incontri scuole, agenzie educative etc per sensibilizzazione € 20,00 X120 ore di attività	2.400,00					
Costo funzionamento e gestione Materiale informativo	1.000,00	0,00	0,00	0,00		
Costo di struttura e di mantenimento	0,00	0,00	0,00	0,00		
Totale	5.000,00	0,00	0,00	0,00		5000

Azione di sistema : Ufficio di Piano

Dalle Linee guida fornite ai comuni dalla Regione per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali:

“L'Ufficio di Piano costituisce la struttura tecnico/amministrativa dove, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione tra i Comuni, tra i Comuni e la ASL, tra pubblico e privato sociale. L'azione strategica dell'Ufficio di Piano si attua essenzialmente attraverso la circolazione delle informazioni, l'attivazione di tavoli di lavoro tematici e di ordine generale, momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti; le attività devono coinvolgere i Comuni, il distretto, i cittadini singoli o associati ed il Terzo Settore in un'ottica che considera i vari soggetti protagonisti dell'intero processo programmatorio”.

Dal vigente Accordo di Programma interistituzionale del Distretto ASLRMF2:

Art.7 Ufficio di piano

L'Ufficio di Piano è una struttura tecnico amministrativa / organizzativa distrettuale istituita presso il Comune capofila ed è composto dalle seguenti figure professionali e lavorative:

- Il Responsabile Tecnico del Piano di Zona;
- Il Dirigente o il funzionario direttivo dell'area delle Politiche sociali del Comune capofila;
- Il Dirigente o funzionario direttivo dell'area delle Politiche sociali del Comune non capofila;
- tre Assistenti Sociali: due operanti nei Comuni del Distretto e l'Assistente Sociale coordinatore del servizio sociale distrettuale della ASL con contratto a tempo indeterminato e due istruttori o funzionari amministrativi;
- una figura tecnica, lì dove presente, nell'ambito del sociale: sociologo o psicologo sociale.

In assenza di figure professionali a tempo indeterminato, ovvero a tempo determinato, le amministrazioni firmatarie del presente accordo possono, in via

provvisoria, individuare altri operatori purché in possesso di esperienza acquisita nell'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali.

L'Ufficio di Piano al fine di favorire e sviluppare sul piano operativo-strategico e funzionale l'attuazione del Piano di zona sulla base delle direttive del Comitato Istituzionale, svolge le seguenti funzioni:

- a. mette in atto tutte le azioni necessarie all'attuazione degli indirizzi programmatici contenuti nell'accordo di programma;
- b. redige il Piano di Zona, sulla base delle proposte elaborate dal Comitato Tecnico, da sottoporre all'approvazione del Comitato Istituzionale;
- c. predisporre gli atti amministrativi, tecnici e contabili necessari all'attivazione e allo svolgimento dei progetti contenuti nel Piano di Zona;
- d. propone la quantificazione degli oneri di partecipazione finanziaria e di personale dei Comuni e della A.S.L. sulla base dei criteri stabiliti dal Comitato Istituzionale e la sottopone allo stesso per la necessaria approvazione;
- e. propone azioni per l'implementazione dei fondi a disposizione del Distretto;
- f. organizza la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione, in accordo con i Sistemi di monitoraggio e valutazione provinciali e regionali;
- g. effettua il monitoraggio sullo stato dei servizi e sullo stato di attuazione dei progetti e ne riferisce periodicamente al Comitato Istituzionale e al Comitato Tecnico attraverso la figura del Responsabile Tecnico del Piano di Zona;
- h. predisporre la relazione consuntiva per ciascuna annualità di Piano di Zona;
- i. elabora le procedure d'accesso ai servizi/progetti (linee guida, disciplinari e regolamenti), sentito il Comitato Tecnico, da sottoporre all'approvazione del Comitato Istituzionale.

Art.8 Responsabile tecnico del piano di zona

E' una figura di alta professionalità di area sociale, individuata dal Comune capofila sulla scorta delle disposizioni di legge e secondo le modalità stabilite dal Comitato Istituzionale. E' responsabile tecnico del Piano di Zona e dell'Ufficio di

Piano ed esercita le seguenti funzioni:

Coordina il Comitato Tecnico;

partecipa senza diritto di voto alle sedute del Comitato Istituzionale con il quale si relaziona e al quale rappresenta lo stato di attuazione del Piano di Zona;

è referente tecnico del Piano di Zona nei confronti della Provincia di Roma e della Regione Lazio;

informa il Comitato Istituzionale della nomina, tra i membri del Comitato Tecnico, dei referenti e dei vice-referenti (Comune, ASL) dei tavoli tematici;

convoca le riunioni dei Tavoli tematici e può partecipare alle stesse. Si incontra periodicamente con i referenti dei tavoli per la verifica e la condivisione del lavoro svolto

predispone, in collaborazione con il Dirigente o il funzionario direttivo dell'area delle Politiche sociali del Comune capofila, la rendicontazione da presentare alla Regione Lazio;

al fine di facilitare lo sviluppo dei Piani di Zona e dei relativi progetti, instaura rapporti di collaborazione con altri soggetti giuridici, quali i Dirigenti Scolastici di ciascun ordine e grado, il Dipartimento di Giustizia, i Centri per l'Impiego, le OO.SS. il Terzo Settore, Associazioni di Promozione Sociale etc.;

coordina le attività di raccolta dati, svolte dai SS.SS. Comunali, dai Servizi sanitari distrettuali e dal terzo settore ed è referente per il proprio Distretto nei confronti dei servizi Informativi sociali Regionale e Provinciale.

Il responsabile tecnico del piano di zona e' stato individuato tramite avviso pubblico dal comune capofila. il compenso annuo pari a € 20.000,00, e' compreso nel budget distrettuale e rientra nel limite dell'8% previsto dalla regione Lazio (deliberazione n.965 del 16.12.2009), essendo pari al 2,3% del fondo concesso.

il resto delle risorse umane presenti nell'Ufficio di Piano e' a carico dei Comuni e della Asl ed e' costituito da personale dipendente a tempo indeterminato.

Azione di sistema : PUA (Punto unico di accesso) del Distretto F2

Dopo l'approvazione del Decreto del Presidente Regione Lazio, 05 settembre 2008, n. 18, avente per oggetto: "Approvazione della programmazione per la integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio e delle linee guida per la stesura del Piano attuativo locale triennale 2008 2010" con il quale sono stati tracciati gli ambiti, individuato gli strumenti e definito le procedure per la costruzione di un "**sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari**", nell'ambito del coordinamento tecnico del Piano di zona del Distretto F2, nel 2009, si è avviata la sperimentazione del PUA (punto unico di accesso).

Gli operatori del "sociale" e della "sanità" si confrontarono e condivisero le linee operative di un protocollo d'intesa che rappresentò l'accordo distrettuale per l'avvio del PUA, con la collaborazione del personale sanitario distrettuale e di una assistente sociale a tempo parziale (10 ore sett.li) operante in uno dei progetti del Piano di Zona.

Il Distretto F2 già nell'anno 2008 aveva avviato la sperimentazione di uno sportello di accoglienza presso la sede del Comune di Ladispoli, utilizzando gli operatori del CAD e operatori del servizio sociale dei due comuni e da quell'esperienza indubbiamente positiva si è valutato che il PUA sarebbe stato un indubbio passo avanti nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi.

L'obiettivo del PUA, avviato nel distretto F2, era quello di garantire al cittadino accoglienza, ascolto, informazione e orientamento nei confronti dei servizi, attraverso una prima analisi della domanda e una prima valutazione dei bisogni, operando così anche un'azione di "trriage" per i servizi territoriali ed organizzando un invio appropriato e, se necessario, un accompagnamento ad essi.

Il personale messo a disposizione dalla ASL e dai Comuni è il seguente:

- medico responsabile del progetto;
- 1 assistente sociale;
- la caposala del Cad;
- 1 infermiere;
- 1 amministrativa.

Alla luce delle Linee Guida regionali, si è aperto nell'ambito del Distretto un tavolo di verifica e valutazione del progetto PUA così come realizzato nel distretto.

Sono emerse soprattutto delle criticità legate a:

- carenza di assistenti sociali nei comuni;
- difficoltà di coinvolgimento di tutti i servizi socio sanitari territoriali nella rete che deve necessariamente supportare il PUA.

Così come suggerito dalle Linee guida regionali si è deciso di affrontare nelle prossime riunioni i problemi di seguito elencati:

- funzioni;
- organizzazione;
- professionalità e competenza degli operatori
- idoneità delle sedi messe a disposizione;
- grado di integrazione tra i servizi sociali e sanitari;
- modalità di monitoraggio;
- integrazione del protocollo PUA già approvato con uno specifico regolamento attuativo.

L'Ufficio di Piano si è impegnato ad allargare la discussione agli operatori dei servizi del piano di zona e dei comuni, la direzione del Distretto si è impegnata a coinvolgere i responsabili dei servizi socio-sanitari distrettuali (consultori, TMSREE, CSM).

E' possibile pertanto delineare un crono programma come di seguito descritto:

	Bozza regolamento	Aggiornamento Protocollo	Ridefinizione èquipe integrata	Pubblicizzazione PUA
novembre				
Dicembre				
Gennaio				
febbraio				