

Introduzione

La Regione Lazio, nell'ambito della programmazione del Welfare, ha dato atto, con i Piani di Zona, ad una integrazione attiva e partecipata da parte delle singole realtà territoriali allargando i confini del welfare con una implementazione tra le politiche sociali e le altre politiche del welfare locale.

Programmare e gestire insieme attraverso forme di spesa sociale associata, dare maggiore omogeneità ed equità, sono gli obiettivi primari della normativa regionale, da ultimo la L.R. n. 11/2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", che definisce il complesso delle prestazioni sociali come sistema integrato con carattere di universalità degli interventi, diretti alla generalità della popolazione ed omogeneità dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nel territorio, il quale si basa sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale ed è volto a garantire il pieno rispetto dei diritti nonché il sostegno delle persone, delle famiglie, delle formazioni sociali e delle responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali.

Co-progettare, generando nuove risorse di corresponsabilizzazione dei cittadini e forze della società civile con un ruolo di regia del pubblico, diviene lo strumento per universalità dell'offerta dei servizi e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio regionale, per la costruzione di una comunità solidale.

A fronte di tali linee di indirizzo, gli enti locali sono tenuti a realizzare il sistema integrato, che deve garantire i livelli di prestazioni fissati nella programmazione regionale consentendo il pieno esercizio del diritto soggettivo riconosciuto dalla legge.

La Regione nell'individuare nuovi obiettivi operativi e priorità, ha ritenuto necessario che la programmazione dei distretti socio sanitari comprenda dei servizi e interventi attivati a livello locale in un unico documento programmatico qual è il "Piano Sociale di Zona", che nella D.G.R 136 del 25/03/2014, articola gli interventi in misure e sottomisure ciascuna con un proprio budget.

Nella pratica, il Piano Sociale di Zona rappresenta l'occasione offerta alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo, e va visto e realizzato come piano regolatore del funzionamento dei servizi alle persone.

Il Piano Sociale di Zona rappresenta il dispositivo con cui la programmazione si pone il raggiungimento degli obiettivi primari:

- l'integrazione tra la policy: costruire un sistema di conoscenza condiviso rispetto all'analisi del bisogno, della domanda e dell'offerta, a supporto dei soggetti e dei luoghi della programmazione sociale socio sanitaria (Comitati Istituzionali dei Sindaci, Ufficio di Piano, Unità di Valutazione);
- il riordino dei servizi e il superamento della frammentazione come dimensione essenziale per facilitare l'accesso e il percorso dei cittadini rispetto ai servizi e per renderli realmente disponibili ai soggetti che sono nelle condizioni di accedervi. Occorre pensare ad un approccio generativo che non escluda la funzione assistenziale del servizio, ma la riconduca ad un sistema che nel suo complesso promuove processi di autonomia, a partire dal modo di utilizzare le risorse e i servizi esistenti;
- la progettazione condivisa tra pubblico e privato che tenda a realizzare iniziative ed interventi sociali attraverso la costituzione di una partnership tra pubblica amministrazione e soggetti del

privato sociale. I bisogni, vecchi e nuovi, impongono una revisione critica dell'attuale sistema di unità di offerta, non sempre adeguata sotto il profilo qualitativo e quantitativo, spesso non idoneo a garantire le opportunità necessarie perché i diritti sanciti risultino esigibili. A questo scopo va promossa e consolidata la logica del lavorare per progetti, con il potenziamento di iniziative di concertazione interistituzionale, per garantire approcci integrati all'interno di circuiti e procedure programmatiche propri del livello regionale e di quello locale, nel rispetto degli obiettivi e delle priorità definite dalla Regione, fatte salve le specifiche esigenze delle comunità locali.

- l'accessibilità ai servizi, intesa come accesso alle opportunità, che orienti e rendi di nuovo disponibile *la competenza della persona ad agire*. In tal modo si può favorire il passaggio dalla persona "in carico" ai servizi (disabile/disagiato/non autosufficiente) allo status di "persona", determinando un cambiamento sostanziale, passando da una staticità ad un'ottica dinamica con un ruolo attivo dell'individuo che può partecipare e apportare il proprio contributo.

Descrizione del Territorio

1 Descrizione del territorio dal punto di vista demografico

La popolazione residente nel Distretto RM5.3 di Tivoli al 01/01/2017 è pari a 83.713 unità.

Una parte importante del territorio del distretto socio-sanitario di Tivoli è collocato nell'area metropolitana romana, la quale rappresenta la realtà urbana più importante del Paese, sia in termini di estensione territoriale del suo Capoluogo che di popolazione dell'intera area.

La Città Metropolitana di Roma nasce il primo gennaio 2015 ed insieme a Roma Capitale, provvede al governo di un territorio di 5.363, 28 Km² che comprende al suo interno il comune più vasto d'Italia, quello di Roma Capitale. In questo territorio risiedono più di quattro milioni di abitanti distribuiti in 121 comuni. Di questi il 21% ha meno di mille abitanti.

Quando si pensa all'area metropolitana romana è necessario considerarla non come una città, ma come un sistema urbano caratterizzato dalla presenza di più città correlate tra loro in rapporto di interdipendenza; ciò deriva, non solo dalla complessità e varietà del territorio e non solo a questioni legate all'ampiezza, ma anche dalla quantità delle relazioni, delle realtà e dalle occasioni di scambio che nel suo territorio avvengono. In questo sistema, il nostro territorio occupa un posto importante, sia per numeri che per relazioni che lo legano alla capitale.

Dal 1981 al 2015 la popolazione residente nei territori dell'hinterland romano è aumentata del 72%. Ma se si considerano solo i comuni di primo ring (Albano Laziale, Anguillara Sabazia, Ardea, Campagnano di Roma, Castel Gandolfo, Castel San Pietro Romano, Ciampino, Colonna, Fiumicino, Fonte Nuova, Formello, Frascati, Galliciano nel Lazio, Grottaferrata, Guidonia Montecelio, Marino, Mentana, Monte Compatri, Monte Porzio Catone, Monterotondo, Palestrina, **Poli**, Pomezia, Riano, Sacrofano, **San Gregorio da Sassola**, **Tivoli**, Trevignano Romano, Zagarolo), tale incremento raggiunge il 92%¹.

Il tema della delimitazione di ring metropolitani è stato affrontato nella letteratura geografica a partire dagli anni '50 del secolo scorso, ossia da quando non appariva più possibile circoscrivere i fenomeni urbani in alcune realtà metropolitane (Stati Uniti prima, Europa occidentale successivamente) entro i limiti amministrativi delle città stesse. Nasce a quel punto la necessità di definire nuovi e più estesi confini amministrativi in cui esercitare il governo delle città, dando di fatto, forma concreta al concetto di area metropolitana.

Ponendo l'attenzione specificatamente al Distretto RM5.3 e riepilogando le risultanze emerse con il lavoro statistico della città metropolitana di Roma, sappiamo che tre dei Comuni di hinterland del primo ring fanno parte del Distretto Sociosanitario di Tivoli: Tivoli, Poli e San Gregorio da Sassola.

Tivoli conferma la propria importanza, anche sul piano demografico, per essere al 4° posto tra i primi dodici Comuni della Regione Lazio per dimensione demografica, ossia per elevata concentrazione di popolazione. Inoltre, come si può evincere dalla tabella n. 1, Tivoli è il Comune in cui si rileva una significativa presenza di cittadini stranieri tra la popolazione.

A parte Castel Madama, Poli e Vicovaro, i Comuni di Casape, Gerano e Sambuci sono tra quei piccoli e piccolissimi Comuni, appartenenti al Distretto, in cui verosimilmente si assiste a quel processo di incremento della concentrazione della popolazione dovuto al fatto che i Comuni più grandi, ad essi limitrofi, vanno perdendo di attrattività in conseguenza dei crescenti effetti di congestione e saturazione urbana; il saldo naturale positivo più alto si registra a Castel Madama, mentre quello più basso a Casape e a Pisoniano. Se a Tivoli si rileva il saldo migratorio più elevato ad essa seguono: San Polo dei Cavalieri, Castel Madama, San Gregorio da Sassola e, più ravvicinati, Vicovaro, Casape, Pisoniano. Il saldo migratorio più negativo appartiene a Poli e a Ciciliano, sebbene il tasso di sviluppo demografico di questo ultimo, confrontato con quello degli altri Comuni del Distretto, sia al di sopra della media e tra i più alti dopo San

¹ I dossier delle Città Metropolitane Città metropolitana di Roma- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per gli affari regionali e per le autonomie. marzo 2017

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Polo dei Cavalieri e Tivoli. Oltre Tivoli e Castel Madama, il numero più elevato di nuclei familiari lo si è rilevato a Vicovaro, San Polo dei Cavalieri e Poli.

In relazione al trend storico, si evidenzia un aumento della popolazione residente (incremento del 4% dal 2014 al 31/05/2017) in parte spiegato dall'aumento della popolazione straniera (incremento del 16,2% dal 2014 al 31/05/2017).

Più in generale, si riscontra una tendenziale rilevanza della popolazione straniera sulla popolazione italiana (dal 11,8% del 2014 al 13,5% del 2017).

Tale incremento è rappresentato dall'aumento della popolazione straniera che tende a spostarsi nei comuni vicino alla città di Roma, allo scopo di diminuire il costo della vita.

In molti casi non sono solamente individui singoli a spostarsi ma intere famiglie, attratte soprattutto dalla possibilità di trovare abitazioni con affitti più bassi rispetto a quelli disponibili a Roma città.

Dunque, la componente straniera della popolazione residente a Tivoli e più in generale del distretto socio sanitario RM 5.3 di cui Tivoli è comune capofila, sta acquisendo una significatività interessante.

Comune	Popolazione	Fascia età più popolosa	Stranieri residenti	Comunità straniera più numerosa
Tivoli	56.603	45/49	7.565 (13,4%)	Romania (68,1%)
Casape	722	45/49 – 50/54	94 (13%)	Romania (79,8%)
Castel Madama	7.422	40/44	675 (9,1%)	Romania (66,7%)
Cerreto Laziale	1.120	40/44	123 (11%)	Romania (81,3%)
Ciciliano	1.333	50/54	141 (10,6%)	Romania (63,8%)
Gerano	1.259	55/59	79 (6,3%)	Romania (36,7%)
Licenza	983	30/34	133 (13,5%)	Romania (69,9%)
Mandela	934	40/44	88 (9,4%)	Romania (80,7%)
Percile	241	75/79	30 (12,4%)	Romania (93,3%)
Pisoniano	753	55/59	133 (17,7%)	Romania (48,1%)
Poli	2.425	50/54	308 (12,7%)	Romania (74,4%)
Roccagiovine	265	55/59	34 (12,8%)	Romania (41,2%)
Sambuci	907	55/59	87 (9,6%)	Romania (78,2%)
S. Gregorio da Sassola	1.589	50/54	130 (8,2%)	Romania (60%)
S. Polo dei Cavalieri	2.981	40/44	422 (14,2%)	Romania (78,4%)
Saracinesco	182	55/59	15 (8,2%)	Romania (53,33%)
Vicovaro	3.994	40/44	430 (10,8%)	Romania (90,7%)

Tabella. Popolazione residente Distretto Asl Rm 5.3. Elaborazione Ufficio di Piano ottobre 2017- dati rete.

Riguardo all'analisi della popolazione per classi d'età, si evince una alta concentrazione dei residenti nella classe 45-59 (24% del totale) dovuto alla forte natalità sperimentata in Italia negli anni 60.

Nel corso degli anni successivi, è stato riscontrato un significativo calo delle natalità evidenziato sia dalla ridotta concentrazione di residenti nelle classi 0-14 (14% del totale) e nelle classi 15-29 (16% del totale) sia dal saldo negativo tra nascite e morti nell'anno 2017 (-217 al 31 maggio 2017); è da considerare, inoltre, che al numero di residenti appartenenti alle classi 0-14 e 15-29 contribuiscono anche i cittadini stranieri.

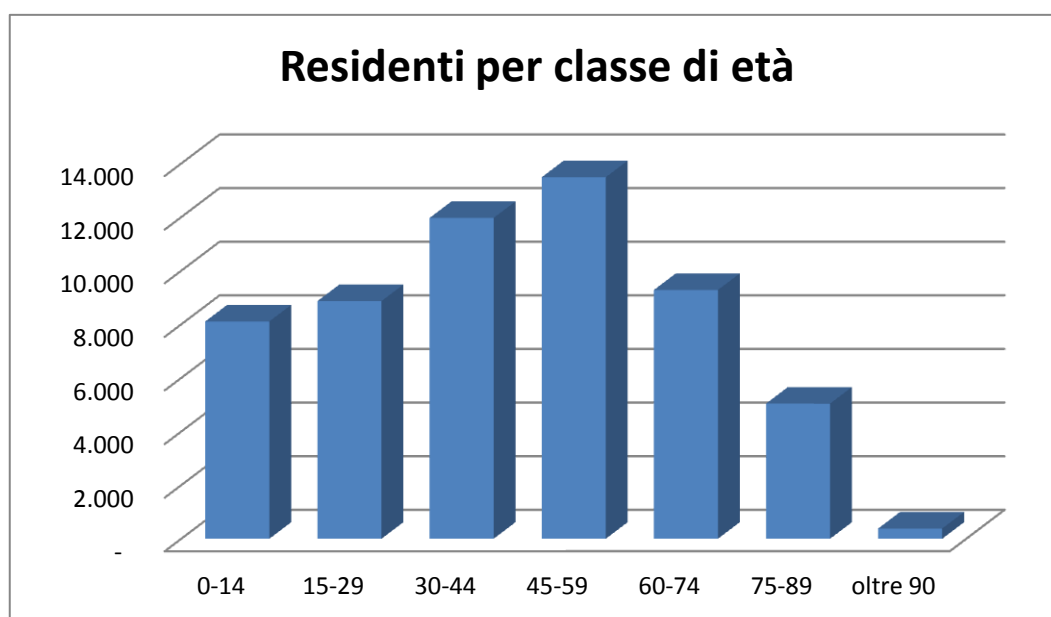


Grafico 1 Residenti per classi di età.

L'analisi della situazione demografica fa rilevare un tendenziale invecchiamento della popolazione ed una sempre maggiore incidenza dei cittadini stranieri sul totale dei residenti. *E' importante notare come, in controtendenza a quanto avviene per altri Comuni in prossimità della città di Roma, il Comune di Tivoli ha visto negli ultimi anni incrementi costanti di popolazione (ad esempio nell'anno 2010 si è registrato un incremento del + 0,5% rispetto al 2009²).*

Altro elemento peculiare è la ripartizione per genere delle presenze straniere nel territorio. La presenza femminile non solo risulta essere estremamente significativa ma in alcuni comuni essa si manifesta alquanto polarizzata, come ad esempio nei comuni di Saracinesco, Gerano, Pisoniano, Cerreto Laziale e Percile.

² Dati al 31 dicembre 2010 derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici di Anagrafe.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

COMUNI	I.V.	I.D.	Rapporto maschi/femmine
Casape	239,76	57,32	99,48
CastelMadama	122,17	45,19	98,26
Cerreto Laziale	133,54	48,30	97,02
Ciciliano	125,96	47,09	102,51
Gerano	231,21	59,64	98,23
Licenza	226,79	56,66	104,21
Mandela	118,84	47,86	107,06
Percile	275,00	82,68	101,74
Pisoniano	254,88	56,29	92,60
Poli	129,67	45,66	96,80
Roccagiovine	428,57	60,33	95,92
Sambuci	169,75	50,39	96,31
S.Gregorio Sas.	168,42	57,60	99,23
S. Polo Cav.	138,76	43,39	100,35
Saracinesco	252,94	56,60	135,71
Tivoli	129,51	48,20	94,61
Vicovaro	143,70	45,22	98,05

Tabella 2. Indicatori di vecchiaia, indice di dipendenza, rapporto maschi/femmine nei Comuni appartenenti al Distretto Sociosanitario di Tivoli. Elaborazioni CCIA su dati ISTAT (*Indice di vecchiaia*= popolazione \geq , a 65 anni/0-14 anni, %; *Indice di dipendenza* = popolazione \geq , a 65 anni + 0-14anni/popolazione 15-64 anni, %; *Rapporto maschi/femmine*: fonte ISTAT).

La tabella 3 fa emergere la condizione particolarmente critica sul piano demografico dei Comuni di Percile e Roccagiovine; non solo sono i Comuni dove si registrano i più alti indici di vecchiaia nell'ambito del Distretto Sociosanitario di Tivoli (rispettivamente 275,00 e 428,57) ma anche di dipendenza (rispettivamente 82,68 e 60,33).

Altro dato estremamente significativo (per l'area territoriale di riferimento), è la presenza di famiglie formate da un solo componente e non risultanti vivere in coabitazione.

Rispetto a tale dato nel Comune di Tivoli, e più in generale nel distretto socio sanitario, si registra una media più alta di quella provinciale.

Il 99% delle famiglie uni personali non è in coabitazione, contro quasi il 95% della Provincia.

Questo fenomeno, se incrociato con la variabile età e sesso, individua delle situazioni di disagio e maggiore esposizione a rischio sicurezza ed isolamento sociale.

Altro dato rilevante per la condivisione delle motivazioni che sottendono la proposta progettuale, è la significativa presenza territoriale di scuole di diverso ordine e grado.

Tivoli rappresenta un polo scolastico e formativo rilevante, per l'area territoriale distrettuale e limitrofa, il quale accoglie ragazzi provenienti dai numerosi piccoli comuni adiacenti non dotati di strutture scolastiche, specie se di secondo grado. In sintesi notevole è il "pendolarismo studentesco" e quindi la presenza locale di popolazione adolescenziale residente e di passaggio, target di estrema importanza per diversi motivi:

- la fascia adolescenziale è una tra le più a rischio in termini di sicurezza e salvaguardia personale (fisica e sociale), violenza di genere, sicurezza stradale, tossicodipendenze, e devianze/disturbi comportamentali etc.
- la fascia adolescenziale rappresenta il target privilegiato se si vogliono attuare politiche preventive sia per la salvaguardia psicosociale personale, che per lo sviluppo di una cultura civica e di appartenenza sociale.

2. Il quadro territoriale dei bisogni

L'analisi sociologica nell'ambito del quadro territoriale del Distretto Sociosanitario di Tivoli, nell'ambito del Piano di Zona, ha rilevato che il principale nodo risiede nella configurazione territoriale dei servizi di welfare ed ha portato alla luce l'esigenza centrale di individuare un giusto punto di equilibrio tra la razionalizzazione della spesa e il miglioramento dei servizi in termini quantitativi e qualitativi, aumentandone la diffusione e l'accessibilità sul territorio. Pertanto, il lavoro di pianificazione nei prossimi anni va orientato verso soluzioni flessibili più vicini all'utenza, con rilevanti impatti positivi sul territorio. Le caratteristiche territoriali e la collocazione geografica dei vari comuni facenti parte dell'Ambito, rappresentano il punto di partenza per l'analisi che segue.

Con la gestione associata i 17 comuni del distretto Rm 5.3, sottoscritta il 29 luglio 2016 hanno inteso avviare un percorso di condivisione integrata.

Un importante punto di forza è stata la messa in rete dei servizi socio sanitari attraverso il funzionamento del **Punto Unico d'Accesso** che si caratterizza quale modalità organizzativa che nell'ottica di fornire risposte integrate, complete ed appropriate a bisogni semplici ed avviare i percorsi per bisogni più complessi, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse.

Questo ha permesso di evitare un'eccessiva dispersione dei servizi nell'ambito dei comuni migliorando il monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.

E' forte, quindi, la necessità di un'attenta lettura e decodifica della domanda e di una prima valutazione condivisa con il cittadino per orientarlo e sostenerlo nel suo percorso di autonomia e per il superamento delle difficoltà che esprime.

Al fine di effettuare un'analisi del bisogno che al tempo stesso costituisca uno strumento di pianificazione e organizzazione, sono state individuate delle aree di interesse.

✓ **Area Minori e Famiglia.**

La tutela dei minori si configura come azione di primario interesse per i Distretti, che condividono la necessità di ottimizzare i processi già in atto e di potenziare le connessioni di rete, con l'obiettivo principale di intervenire efficacemente e con tempestività a sostegno dei minori e delle famiglie. A tal riguardo assume un ruolo di rilievo l'individuazione precoce dei segnali di disagio, possibile sintomo di dinamiche disfunzionali; pur mantenendo quindi alta la possibilità di intervento in caso di pregiudizio di minore, lo sguardo dei servizi dovrà quanto più spostarsi sulla prevenzione, nell'intento di intercettare i nascenti bisogni dei nuclei familiari e strutturare con essi relazioni d'aiuto positive e funzionali ad evitare degenerazioni del disagio.

In quest'ottica assume grande valore il lavoro di rete e la possibilità di dialogo tra gli attori sociali che a diverso titolo entrano in contatto con il disagio dei minori e delle loro famiglie (es. scuola, contesti aggregativi e sportivi). Assume altresì rilevanza la possibilità di disporre adeguatamente di risorse d'intervento diversificate e flessibili, quali l'istituto dell'affido nelle sue diverse forme ed i servizi educativi domiciliari e territoriali, necessari ad evitare il massiccio ricorso all'istituzionalizzazione. L'ufficio di Piano intende sostenere e valorizzare la famiglia nei compiti di cura confermando la prosecuzione degli interventi domiciliari con servizio di assistenza domiciliare minori e istituendo gli sportelli d'ascolto nelle scuole.

Riteniamo che sia fondamentale continuare a perseguire con sempre maggiore coerenza una politica di interventi sui minori che segua il principio della strategia di rete, richiedendo la collaborazione di ognuno dei soggetti secondo le proprie responsabilità.

E' da considerare che negli ultimi anni si registra nel territorio una sensibile trasformazione della struttura familiare:

- sono diminuite sensibilmente le famiglie "tradizionali" con genitori e figli;
- sono aumentate in pari misura le famiglie con un solo componente, il più delle volte anziani soli;
- si registra la crescente difficoltà di formazione di nuove famiglie da parte delle giovani coppie e la preoccupante fragilità dei matrimoni.

Dal punto di vista demografico, le grandi trasformazioni che hanno interessato la struttura familiare riguardano :

- caduta della natalità e della fecondità;
- invecchiamento della popolazione;
- affermazione di nuovi modelli di costituzione delle coppie e delle famiglie;
- crescita degli immigrati;
- diverso ruolo della popolazione femminile.

Tali modifiche hanno peraltro accentuato, quando non direttamente causato, una intrinseca fragilità delle famiglie. Risalta soprattutto la crescente fragilità e instabilità della convivenza familiare. L'indebolimento della famiglia genera, a sua volta, problemi di tipo socioeconomico, non solo per le spese connesse alla rottura del vincolo matrimoniale, ma anche a causa dell'aumento dei costi della vita derivanti dalla separazione, che in alcuni casi può condurre rapidamente a condizioni di rischio e di povertà uno o più membri.

La famiglia tradizionale lascia quindi il passo a nuove tipologie di aggregazioni familiari, come quelle monogenitoriali, famiglie adottive sempre più numerose e affidatarie, nuclei costituiti da coppie omosessuali, famiglie ricostituite dopo una separazione o un divorzio, famiglie nucleari sempre più isolate e lontane dalle famiglie d'origine e con minori opportunità di contatti prolungati e costanti tra le generazioni. Tutte tipologie che spesso recano in sé una fragilità profonda e un bisogno di sostegno economico, sociale, relazionale, educativo, psicologico.

Da queste situazioni emergono spesso significative pressioni emotive sull'età evolutiva dei minori, che a volte rappresentano fattori di rischio per un normale sviluppo delle generazioni più giovani, se non di disagio o danno conclamato.

Troviamo una mappa dei bisogni specifici delle famiglie e dei minori, che si traducono in necessità di un sostegno sociale mirato:

- alla formazione di nuovi nuclei familiari, mediante misure di incentivazione dell'autonomia delle giovani coppie;
- alla stabilità della coppia o alla sua riorganizzazione dopo una separazione, attraverso servizi di consulenza e mediazione familiare;
- al sostegno della natalità, con interventi di affiancamento nel periodo perinatale e di sgravi economici proporzionati al numero dei figli;
- allo sviluppo delle competenze e delle responsabilità genitoriali, in particolare nei confronti dei figli pre-adolescenti e adolescenti;
- alla possibilità di conciliare i tempi dedicati al lavoro con le esigenze della vita familiare e della cura dei suoi membri più deboli;
- all'inclusione sociale delle famiglie straniere, nel rispetto delle culture di provenienza, purché in armonia con i valori definiti nella normativa italiana;
- all'autonomia economica delle famiglie più fragili e a maggiore rischio di povertà;
- al potenziamento delle offerte di nidi e scuole materne;
- ad una progettualità urbana e commerciale più attenta alla cura e manutenzione e sviluppo di spazi gioco per i minori;
- ad offerte per la animazione dei minori che copra tale servizio soprattutto nei periodi di vacanza scolastica, consentendo maggiore tranquillità e minor aggravio di spesa ai genitori che lavorano.

Gli obiettivi strategici

- Sostegno al ruolo genitoriale;
- promozione dello sviluppo psicofisico del minore;
- inserimento in idonei ambienti familiari;
- sostegno alla maternità e all'infanzia.

✓ **Area Anziani.**

Anche se lo scenario nazionale si rappresenta con una popolazione sempre più anziana oggi l'anziano ha una maggiore visibilità sociale e una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e necessità. Si mette in primo piano e lo fa cercando soluzioni applicabili per combattere solitudine, noia e soprattutto per promuovere una "visione positiva" della propria persona, valorizzandosi come risorsa con delle capacità ancora da sfruttare e da mettere a disposizione, cercando, con più frequenza rispetto al passato di ricoprire, ad esempio, nuovi ruoli nelle diverse attività delle associazioni/centri/gruppi di volontariato.

I bisogni sociali delle persone anziane variano in funzione dell'età (giovani anziani e grandi anziani), della maggiore o minore autosufficienza, della presenza o meno di una rete familiare di supporto, delle possibilità economiche e culturali.

Emergono come bisogni prevalenti degli anziani autosufficienti *il senso di solitudine, la percezione di insicurezza, i problemi di tipo economico, l'esigenza di un'assistenza leggera* per il disbrigo pratiche, la spesa e l'accompagnamento a visite mediche, per finire con una passeggiata per uscire semplicemente di casa: tutte attività legittime e necessarie per prendersi cura di sé, non isolarsi e mantenere una vita sociale attiva.

Per gli anziani fragili e non autosufficienti, che si concentrano prevalentemente nella fascia 80-85 anni, emergono bisogni di *un'assistenza più continuativa e strutturata*, che si traducono in domande di assistenza domiciliare, di inserimento in strutture socio-assistenziali e nei casi più gravi in inserimenti in RSA.

Una difficoltà riscontrata e che rientra a pieno titolo nella rilevazione del bisogno è la difficoltà oggettiva dei soggetti anziani residenti nei Comuni più marginali, a raggiungere con mezzi pubblici la sedi territoriali più vicine dove sono presenti servizi socio-sanitari.

A fronte di un servizio pubblico che non riesce a soddisfare l'intera domanda di assistenza, un fenomeno in crescita è la domanda di assistenti familiari per l'accudimento di anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti a cui ricorrono le famiglie benestanti, ma secondo alcune ricerche, anche in aumento un numero di famiglie disagiate.

Nei piccoli centri, dove non arriva l'assistenza sanitaria arrivano le persone-amiche che volontariamente dedicano parte del tempo libero a prestare aiuto a chi ne ha bisogno (reti primarie e secondarie). Queste reti primarie e secondarie, al di là dell'assistenza diretta e dei servizi, vanno rafforzate e laddove assenti ricreate, in quanto creano tessuto sociale solido, favorendo il dialogo intergenerazionale, processi di socializzazione tra pari, momenti in cui siano l'interazione ed il dialogo a prevalere.

Obiettivi strategici

- Favorire l'autosufficienza;
- promuovere la socialità;
- salvaguardare le specifiche autonomie personali;
- evitare, per quanto possibile, l'istituzionalizzazione.

✓ **Area degli immigrati.**

Il Distretto RM 5.3 è stato protagonista negli ultimi anni di un aumento progressivo della componente immigrata della propria popolazione.

Ciò è dovuto a diversi fattori concomitanti: la vicinanza con la capitale (luogo di forte attrazione per i flussi migratori), il costo più contenuto degli affitti e la presenza all'interno del territorio di comunità di stranieri che vanno assumendo maggiore stabilità (come quella rumena) e che di conseguenza contribuiscono ad innescare un processo di "catena migratoria", richiamando connazionali.

Problematico appare gestire un fenomeno che sfugge nella sua entità numerica reale e che si confonde con altre forme di disagio. Chiaramente la situazione che si è andata delineando richiede una forte attenzione. Le necessità messe in rilievo dalla ricerca riguardano ambiti di intervento distinti: servizi di assistenza, politiche di inclusione sociale, mediazione sociale e interculturale. Rispetto al primo punto la ricerca ha messo in evidenza la necessità di potenziare i servizi attivi. Molta risonanza nel territorio ha avuto lo sgombero avvenuto durante l'estate 2015 del campo sito nell'ex polverificio Stacchini a Tivoli Terme, nel quale trovavano rifugio non solo Rom ed altre etnie, ma anche persone che diverse problematiche socio-culturali.

La difficoltà alloggiativa, che hanno concorso a rifugiarsi nell'ex polverificio, ha evidenziato la scarsa disponibilità di case alloggio e centri di accoglienza per persone immigrate. In questo ambito di intervento un grosso punto di riferimento è rappresentato dalla Caritas, che attraverso i propri sportelli ed il centro di ascolto è riuscita ad intercettare un vasto numero di utenti. Dei comuni del distretto, Tivoli si trova nell'impossibilità di venire incontro a tutte le richieste, in particolar modo quelle di tipo economico (spesso motivate dal desiderio di rientrare in patria) per le quali sarebbe opportuno progettare interventi mirati e calibrati alla persona straniera.

Rispetto all'erogazione dei servizi le difficoltà di intervento riguardano principalmente gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, al quale è legato gran parte dell'accesso ed erogazione del servizio.

Obiettivi strategici

- Favorire l'integrazione interculturale tra cittadini autoctoni ed immigrati;
- perseguire l'inserimento lavorativo degli immigrati nel tessuto produttivo locale;
- agevolare l'integrazione scolastica e formativa, soprattutto a favore delle fasce evolutive.

✓ **Area disagio ed esclusione sociale.**

In una società complessa e altamente differenziata, la povertà si presenta come un fenomeno sfaccettato, variegato nelle sue cause e nei suoi effetti, *“povertà quale condizione di difficoltà impreviste o improvvise, anche non eccessivamente critiche, che però fa scivolare verso percorsi di progressivo impoverimento economico e relazionale, fino a compromettere in modo irreversibile le personali capacità di inserimento sociale e di sopravvivenza fisica e mentale”*.

In realtà accanto a fattori strettamente legati alla dimensione economica della vita degli individui, se ne possono individuare altri che riguardano il tessuto relazionale, la struttura e il ciclo di vita familiare, le aspettative e i bisogni inerenti la qualità della vita. Inoltre la povertà non è una condizione statica, bensì una situazione che si aggrava nel tempo, un processo che si configura come un circolo vizioso attivato dai comportamenti che vengono messi in campo e che finiscono con il rafforzare le cause e sommare alle cause originarie di deprivazione nuove condizioni di disagio.

La povertà relativa aumenta tra le famiglie di 5 o più componenti, tra quelle con membri aggregati e monogenitoriali. La condizione delle famiglie con membri aggregati peggiora anche rispetto alla povertà assoluta.

Ad esserne colpiti maggiormente sono quei nuclei familiari che mostrano particolari debolezze acquisite nei rispettivi corsi esistenziali, spesso caratterizzati da una posizione lavorativa stabile, ma di basso profilo occupazionale nel mercato del lavoro e non in grado di far fronte all'alta pressione che il costo della vita esercita.

Tra i fattori che determinano l'accentuarsi di fragilità è possibile trovare anche l'impoverimento delle reti di protezione sociale costituite in prima istanza dalla famiglia allargata e poi dalle istituzioni pubbliche. *“Ed è proprio la progressiva incapacità delle reti familiari di essere valido sostegno e risposta nelle situazioni di difficoltà personali che spinge a programmare misure di contrasto efficaci messe in atto dalle Istituzioni.*

La condizione di deprivazione materiale, anche grave, aumenta tra le famiglie in cui la perdita di occupazione ha riguardato la persona di riferimento o il partner, interessando più spesso individui con un lavoro stabile e qualificato che apportano un contributo economico più rilevante alle risorse familiari.

Le reti di aiuto informale rappresentano un sostegno fondamentale per superare le difficoltà quotidiane e le fasi di vita caratterizzate da una maggiore vulnerabilità. A esse si affidano le madri lavoratrici con figli piccoli, gli anziani, le persone disabili e, più in generale, quanti sono esposti a situazioni che richiedono un sostegno più o meno rilevante in termini di impegno e durata.

L'indicatore di deprivazione materiale si esplica nel: non riuscire a sostenere spese impreviste, avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo), non potersi permettere in un anno una settimana di ferie lontano da casa, non avere il riscaldamento adeguato dell'abitazione, e così via.

Programmare servizi e interventi di contrasto alla povertà vuol dire quindi tenere conto delle varie dimensioni della povertà e avviare azioni in grado di sostenere il mantenimento e/o il recupero di stati di ben-essere raggiunti o perduti promuovendo le abilità sociali individuali e della comunità. Fattori di rischio

vengono individuati nella coesistenza di più elementi che generano vulnerabilità (perdita del lavoro, separazioni coniugali, insorgenza malattie, aumento dei componenti di un nucleo familiare, ecc), nell'isolamento, nella mancanza di informazione, di risorse culturali, di competenze professionali spendibili nel mercato del lavoro, nella difficoltà a progettare /riprogettare la propria dimensione esistenziale.

Obiettivi strategici

- Promuovere l'inserimento sociale delle persone svantaggiate;
- sostenere le famiglie nei percorsi di recupero terapeutico e socio-relazionali dei soggetti svantaggiati;
- realizzare condizioni di maggiore giustizia sociale.

✓ **Area del disagio psichico.**

Il settore del disagio psichico è di per se una realtà complessa e come tale presenta delle difficoltà fisiologiche quando si tratta di attuare interventi efficaci e risolutivi.

L'isolamento sociale, la perdita di un ruolo sociale, la perdita di autonomia, come nel caso della disoccupazione e dell'instabilità economica, possono fornire l'input ad un processo, che da una condizione di vulnerabilità può condurre all'affermarsi di una vera e propria patologia, psichica e psichiatrica.

Per affrontare tali problemi è necessario esortare innanzitutto all'integrazione tra strutture pubbliche, cooperazione e volontariato, affinché si realizzino interventi mirati alle specifiche situazioni e alla copertura delle aree nella quale si manifesta un estremo bisogno di sostegno verso i malati e le loro famiglie: *"In realtà, la chiusura dei manicomi non era lo scopo finale dell'operazione basagliana, ma il mezzo grazie al quale la società poteva fare i conti con le figure del disagio che la attraversano quali la miseria, l'indigenza, la tossicodipendenza, l'emarginazione e persino la delinquenza, a cui la follia non di rado si imparenta. Basaglia scopre che, restituendo al folle la sua soggettività, questi diventa un uomo con cui si può entrare in relazione. Scopre che il folle ha bisogno non solo delle cure per la malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura, di risposte reali per il suo essere, di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche il medico che lo cura ha bisogno (Da U. Galimberti "I miti del nostro tempo – I miti della follia- Feltrinelli).*

✓ **Area della disabilità.**

L'approccio all'analisi e all'intervento in materia di disabilità richiede innanzitutto chiarezza di linguaggio e di definizioni, al cui scopo risulta utile il riferimento a quanto è stato espresso dall'OMS attraverso uno strumento di classificazione innovativo, "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute", denominato ICF, finalizzato a fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui, ponendo la correlazione fra salute e ambiente e arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. L'approccio innovativo della classificazione ICF è determinato quindi dal descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) per arrivare a cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità; dall'approccio universale secondo cui la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare. Il concetto di disabilità preso in considerazione

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità vuole evidenziare non i deficit e gli handicap che rendono precarie le condizioni di vita delle persone, ma vuole essere un concetto inserito in un continuum multidimensionale.

Si tratta di bisogni collegati alla possibilità di condurre una vita sicura, serena e dignitosa, anche attraverso un'assistenza personalizzata; alla possibilità di un alloggio idoneo; all'acquisizione della massima autonomia possibile, anche attraverso l'utilizzo di ausili appropriati; alla partecipazione alla vita sociale e all'esercizio delle responsabilità civiche; all'accesso alle opportunità ludiche, culturali e sportive; all'accesso al lavoro e all'occupazione; all'esercizio del diritto all'istruzione, alla mobilità, all'accessibilità delle strutture (assenza di barriere) e alla fruibilità dei mezzi di trasporto.

Ognuno di noi quindi può trovarsi in un contesto ambientale precario e sperimentare quindi una disabilità. Secondo la letteratura a riguardo, ancora oggi è difficile stimare la presenza di persone con disabilità in un territorio specifico poiché la classificazione ICF, anche se considerata un ottimo strumento scientifico, trova difficoltà ad essere accolta, utilizzata e fruibile nei molteplici contesti sociosanitari.

Inoltre, sulle relazioni demografiche relative alla popolazione con disabilità, pesano generalmente la carenza di informazioni fornite dalle Aziende Sanitarie Locali. Risulta pertanto evidente la difficoltà ad ottenere un dato statistico attendibile sulla disabilità che permetta di avere più chiaro il target di riferimento.

Obiettivi strategici

- Favorire l'autonomia del disagio sia sul piano fisico, sia su quello relazionale;
- promuovere l'integrazione sociale e lavorativa del disabile;
- abolire le barriere fisiche e mentali;
- favorire il sostegno e la qualità della vita del disabile e del suo nucleo familiare;
- favorire l'auto e il mutuo aiuto fra famiglie;
- ampliare le esperienze e dei percorsi di formazione e di integrazione lavorativa di soggetti disabili.

✓ **Area delle azioni di contrasto alla tossicodipendenza.**

Il numero dei tossicodipendenti cresce e cambiano le caratteristiche dei soggetti dediti all'abuso di sostanze: si abbassa l'età e cambia anche il modo di assunzione, che riguarda sempre più la poliassunzione (assunzione di più sostanze e /o alcool e/o psicofarmaci).

L'assenza del Ser.T nel vicino Comune di Guidonia fa affluire l'utenza di tale zona presso il Ser.T di Tivoli, aumentando così il numero degli utenti accolti dal servizio.

Il concorso di questi fattori, fa sì che il Ser.T stimi oggi circa 400 utenti al giorno, tra assuntori e utenti in terapie parallele, con un numero di risorse in organico insufficiente rispetto a quello previsto. Oltre l'utenza storica, costituita da un'età compresa tra i 40-50 anni, si registra una nuova fascia più ampia che va dai 15 ai 30 anni.

Nell'ambito delle dipendenze appare fondamentale il lavoro di prevenzione che si può compiere in maniera efficace solamente coinvolgendo tutti gli attori coinvolti, le famiglie, le scuole e i centri di aggregazione.

Le famiglie risultano scarsamente informate su questo fenomeno, sulla problematica delle dipendenze e sui servizi presenti sul territorio. Ed è per questo che si interviene con più frequenza nelle scuole con progetti di prevenzione che mettano al centro dell'attenzione non solo la sostanza e le possibili conseguenze dell'uso, ma il ragazzo: le sue idee, i suoi bisogni e le curiosità, la voglia di essere ascoltato e soprattutto la sua voglia di fare tutte le esperienze possibili, il suo essere parte di una realtà.

3. Relazione sullo stato di attuazione di modalità integrate di presa in carico degli utenti

La costruzione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'integrazione socio sanitaria, caratterizzato da unitarietà di impostazione e omogeneità di risposte in presenza di uguali bisogni di salute delle persone, richiede l'adozione di scelte diverse. Si assegna particolare rilievo alla programmazione unitaria ed alla gestione integrata delle conseguenti azioni attuative.

Lo sviluppo della programmazione unitaria, con il superamento delle programmazioni settoriali, richiede l'attivazione di un processo che coinvolga sia il livello regionale che il livello locale, secondo scelte generali orientate verso la riqualificazione delle politiche sanitarie e sociali nel rispetto del principio di globalità della persona umana, oltre che con strategie mirate al superamento delle fragilità sociali di persone e famiglie, prestando attenzione al rischio di "medicalizzare" i disagi e le vulnerabilità sociali.

Questo distretto propone per i propri cittadini in condizioni di "fragilità" complessi percorsi di presa in carico e di valutazione integrata dei bisogni. Il fulcro della risposta ad una domanda assistenziale complessa è costituito dal superamento di quella logica settoriale e frammentaria che si sviluppa attraverso l'erogazione di piccole prestazioni, segmentate e isolate, sanitarie e sociali, spesso inefficaci e/o inefficienti.

Per un'integrazione tra le realtà del territorio, nel 2008 è stato approvato l'Accordo di Programma tra l'Azienda ASL del Distretto RMG3, e i Comuni di Casape, Castel Madama, Cerreto, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Sambuci, Saracinesco, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Vicovaro, Roccagiovine, Tivoli, promosso dal Sindaco del Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario di Tivoli (ex RMG3) ai sensi della Delibera della Giunta Regionale 560 n. 25 luglio 2008, per la realizzazione, nell'ambito dello stesso Distretto Sociosanitario, del sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e assistenziali per lo sviluppo dei piani di zona. Nel giugno 2012 si è proceduto al rinnovo per l'annualità 2012 – 2014.

L'accordo ha individuato come obiettivi generali di benessere sociale:

- lo sviluppo e il rafforzamento della coesione sociale, individuando diversi assi di intervento, coerentemente agli orientamenti espressi nell'Agenda per la Politica Sociale dell'Unione Europea, e all'obiettivo di costruire un nuovo equilibrio tra sviluppo economico e crescita sociale, incentivando la crescita e la diffusione della cultura della solidarietà;
- lo sviluppo di azioni di promozione sociale, interventi di contrasto alla povertà e al rischio dell'esclusione sociale, interventi di sostegno/inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie in situazione di fragilità anche temporanea, interventi di sostegno/inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie migranti, interventi di promozione e supporto alle autonome iniziative delle famiglie e delle comunità, alla condivisione tra uomini e donne delle responsabilità familiari, alle imprese e alle donne per favorire l'inserimento e il reinserimento femminile nel sistema produttivo;
- la promozione del benessere e del protagonismo dei bambini, ragazzi e giovani;
- il sostegno alla non autosufficienza e alla domiciliarità, sostegno alle responsabilità familiari e al lavoro di cura.

In attuazione all'articolo 10 del citato accordo di programma è stato previsto l'istituzione di un Punto Unico di Accesso (PUA), con l'intento di agevolare il cittadino nell'approccio ai servizi, in particolare sanitari e socio assistenziali, riducendo i disagi, i tempi di risposta e gli spostamenti nel completamento del "percorso di accesso" ai servizi.

Il progetto del Punto Unico di Accesso, dopo una fase iniziale, avviata nel 2013 ha subito una battuta di arresto.

A seguito di una proposta progettuale elaborata dall'Ufficio di Piano e una volta ricevuto il finanziamento regionale con D.G.R. G08178 del 15/07/2016, si è data concreta attuazione al Punto Unico d'Accesso ubicandolo presso la sede dell'ASL territoriale di Tivoli. Le risorse sono impiegate per avviare un processo che una volta a regime, porti all'integrazione nel PUA del Segretariato Sociale. Le attività del P.U.A. hanno richiesto l'impegno di operatori qualificati con un bagaglio di conoscenze sulle risorse del territorio e con competenze di tipo relazionale, capaci di gestire sia la relazione col pubblico che le informazioni da trattare, nonché un'attitudine alla gestione degli strumenti informativi ed informatici.

Le funzioni di front-office e di back-office del P.U.A. sono assicurate da due Assistenti Sociali, uno psicologo, un mediatore familiare, un mediatore culturale e un medico della ASL.

Il Punto Unico di Accesso fornisce all'utente una risposta unitaria ed integrata, non sostituendosi alle funzioni proprie del Segretariato Sociale, attivo da diversi anni nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario di Tivoli, ma implementandone l'azione e integrandola con quella dei servizi sanitari territoriali, per migliorare e diffondere la rete di accoglienza, valutazione e presa in carico del bisogno sociosanitario sul territorio distrettuale, secondo criteri di trasparenza ed uniformità e con metodologie condivise.

Il Distretto, unitamente alla ASL, ha dato vita ad un sistema articolato di compartecipazione per l'attuazione del PUA attraverso l'acquisto di un software denominato ICARO, con l'obiettivo di utilizzare lo stesso sistema informativo di registrazione e gestione delle richieste promananti dalla realtà territoriale. La progettualità è rivolta alla realizzazione di un processo di revisione organizzativa e procedurale di un intero Distretto Sociosanitario (Comuni e ASL), che permetta di far convergere verso una soluzione unica informatizzata le attività afferenti ai due soggetti, creando benefici agli Enti, nella condivisione delle informazioni, e ai cittadini, nella semplificazione del servizio.

Tale sistema informatizzato unico ed integrato per gli Enti Comunali e l'Azienda Sanitaria Locale permette la totale condivisione, nel rispetto delle reciproche competenze, di dati ed informazioni d'insieme per la realtà territoriale del Distretto.

L'accesso al servizio può avvenire personalmente o per via telematica. L'orario di apertura del PUA e l'orario del Segretariato Sociale dovrà avere carattere di omogeneità con i tempi e le attività sanitarie del Distretto.

Il coordinamento ed il monitoraggio delle attività del progetto sono gestiti di concerto dall'Ufficio di Piano di Zona e dal Distretto Sanitario.

Decorso il periodo di sperimentazione del PUA e a seguito del monitoraggio degli obiettivi condivisi, sono state elaborate delle Linee Guida, attualmente in fase di approvazione, per disciplinarne il funzionamento in maniera più puntuale e rispondente alle esigenze dello specifico territorio.

Nell'adempimento delle finalità proprie dell'integrazione socio sanitaria, è stata attivata un'unità funzionale di pre – valutazione integrata, con l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati, ma soprattutto assume particolare rilevanza la recente implementazione del ruolo dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare del PUA, costituita da professionalità sanitarie e sociali, in grado di effettuare la valutazione multidimensionale del caso, la personalizzazione degli interventi e garantire la continuità assistenziale.

In tal senso l'integrazione socio-sanitaria si configura come l'unica soluzione efficace in grado di promuovere *risposte unitarie a bisogni complessi* del cittadino proprio perché sostiene la centralità e l'univocità della persona. L'obiettivo dei Servizi del distretto è *l'elaborazione di un Progetto Personalizzato* redatto di volta in volta sulla base della specificità della persona, che miri ad alimentarne e promuoverne esigenze, interessi e potenzialità in virtù di un quadro istituzionale, organizzativo e professionale che presuppone continuità, globalità, ampiezza della visione d'insieme e profondità di analisi.

Nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, è opportuno richiamare alcuni principi generali di riferimento, utili per la corretta attivazione e il funzionamento delle reti di collaborazione per il progetto sovra distrettuale -ai sensi della DGR 504/2012- è stato sottoscritto un Accordo di Ambito Territoriale Ottimale RMG per la realizzazione di una rete di servizi e d'interventi di natura socio assistenziale integrata rivolti alle persone affette da malattia di Alzheimer e loro familiari. AL riguardo è stato predisposto un Programma integrato quale strumento mediante il quale sia possibile realizzare politiche di intervento sovra distrettuale per consentire ad ogni cittadino del territorio le medesime possibilità e condizioni di accesso e fruibilità. Sull'Ambito Territoriale Ottimale è stato costituito un apposito Ufficio di Ambito e un Tavolo tecnico di progettazione e valutazione partecipata.

Nel perseguire l'obiettivo il principio della partecipazione condivisa ed integrata, nel 2016 sono stati istituiti i tavoli tematici con funzione di supporto all'attività di progettazione, attuazione e valutazione dei servizi propria dell'Ufficio di Piano di concerto con la Asl, con la conseguente individuazione di gruppi di lavoro per le diverse aree di intervento, denominati Tavoli tematici, suddivisi come segue:

- famiglia e minori;
- anziani;
- disabili;
- giovani;
- esclusione sociale;
- immigrazione;
- tossicodipendenze.

Per approfondire specifiche problematiche i Tavoli tematici si riuniscono congiuntamente e/o costituendo appositi gruppi di lavoro, a volte anche con la partecipazione di figure appartenenti ad altri ambiti attinenti le politiche socio-sanitarie, nei casi in cui se ne ravvisi la necessità.

Gli interventi a livello nazionale che prevedono azioni finalizzate a supportare la sperimentazione nei territori di una misura nazionale di contrasto alla povertà assoluta, basata sull'integrazione di un sostegno economico (sostenuto con fondi nazionali) con servizi di accompagnamento e misure di attivazione di tipo condizionale rivolti ai soggetti che percepiscono il trattamento finanziario, si sono concretizzati con la Legge di stabilità del 2016 in un "Piano nazionale a contrasto delle povertà" con la predisposizione e attuazione dei progetti di presa incarico per un Sostegno all'inclusione attiva (SIA).

In considerazione di tali obiettivi, appare cruciale rafforzare la capacità dei servizi del welfare locale, nell'attuare progetti personalizzati di presa in carico, attraverso l'individuazione di modalità di coordinamento, innovative o già sperimentate, per la collaborazione/cooperazione operativa tra i servizi pubblici territoriali e del privato sociale, operanti nei diversi ambiti (lavoro, salute, educazione/istruzione/formazione, etc.), che possano assicurare la presa in carico integrata.

In coerenza con gli indirizzi nazionali, il Distretto RM 5.3 ha portato avanti la finalità di sostenere il percorso di una presa in carico integrata aderendo, con la sottoscrizione della convenzione, con la Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, a quelle azioni di capacità amministrativa rivolte alla costruzione di reti di collaborazione interistituzionale fra Amministrazioni pubbliche, che presuppongono anche un coinvolgimento dei soggetti del Terzo settore.

Le Macroaree/Liveas e il livello di offerta

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1 Titolo dell'Intervento

CENTRO PER LA FAMIGLIA

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il Centro per la Famiglia vuole proporre un luogo piacevole ed accogliente per i genitori insieme ai loro bambini in cui è possibile confrontarsi, richiedere informazioni, scambiare esperienze, condividere emozioni, dubbi, ansie; ma anche sperimentare attività stimolanti e creative per gli adulti ed i loro figli affinché la socializzazione tra nuclei familiari possa contribuire a facilitare i processi di convivenza sul territorio. Il Centro per la Famiglia intende caratterizzarsi come un punto di riferimento per affrontare le tematiche del disagio minorile e familiare in senso lato, e per promuovere il superamento dell'approccio assistenzialista.

Il Centro persegue l'obiettivo di ampliare l'offerta educativa territoriale per minori e famiglie in difficoltà e di proporre una serie di azioni volte ad offrire soluzioni e risposte diverse ai problemi che possono interessare le famiglie e i minori che si trovano in situazioni di disagio dal punto di vista sociale, educativo, relazionale e culturale.

Gli interventi previsti per il funzionamento del Centro per la Famiglia richiesti all'aggiudicataria sono:

- a) consulenza e psicoterapia individuale di coppia e familiare, rivolta ad adulti e minori, per l'individuazione e l'attivazione di risorse dell'individuo, del gruppo e della famiglia;
- b) sostegno alla genitorialità adottiva ed affidataria, rivolto a genitori, che desiderano o necessitano di essere sostenuti nell'esercizio delle funzioni genitoriali;
- c) accompagnamento alla genitorialità, come intervento che guida i neo genitori o futuri genitori nei grandi cambiamenti, dubbi e paure da affrontare con la nascita di un figlio;
- d) mediazione familiare, quale spazio di contenimento e gestione dei conflitti intrafamiliari;
- e) affidamento familiare, come intervento temporaneo di aiuto e di sostegno al bambino/ragazzo che proviene da una famiglia in difficoltà; il servizio si esplica nella ricerca ed individuazione di famiglie affidatarie, disponibili ad accogliere un minore temporaneamente allontanato dal nucleo familiare d'origine, formandole in collaborazione con il Servizio Pubblico e seguendole nel periodo dell'affidamento;

- f) organizzazione di gruppi di auto mutuo aiuto, prevalentemente rivolti ai genitori, ma anche agli insegnanti, per affrontare le problematiche legate all'adolescenza, alla genitorialità ed a tutti i tipi di dipendenza;
- g) tutela della maternità, per le donne lavoratrici, in base alle norme che disciplinano permessi e congedi nel più generale complesso di garanzie previste a favore della donna in tema di pari opportunità sul lavoro e di salvaguardia del suo ruolo nella famiglia;
- h) prevenzione e trattamento dell'abuso dei minori, attraverso la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento in collaborazione i servizi e le strutture preposte;
- i) consulenza legale, rivolta a tutti coloro che necessitano di un orientamento legale in merito al diritto di famiglia, in particolare alle coppie con figli, separate o che intendono separarsi;
- l) spazio neutro per incontri protetti, finalizzato al mantenimento e al recupero della relazione tra genitori non conviventi e figli minorenni, in uno spazio protetto e nel rispetto dei bisogni evolutivi dei minori.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Il progetto nacque dall'esigenza emersa in tanti anni di servizi sociali di creare un luogo piacevole ed accogliente per i genitori ed i figli al fine di promuovere il benessere, il sostegno e la valorizzazione dell'intero nucleo familiare nei confronti dei suoi membri e della comunità locale, e il superamento dell'approccio assistenzialista a favore di una dimensione culturale fondata sulla conoscenza, sulla prevenzione e sull'intervento concreto.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Famiglie, minori, genitori, nuclei monoparentali e/o monogenitoriali separati e divorziati, famiglie adottive o in attesa di adozione, donne vittime di violenza.

8. Obiettivi dell'intervento

- sostenere le famiglie, i genitori ed i figli lungo tutto l'alternarsi dei cicli di vita personali e familiari;
- sostenere le famiglie, i genitori ed i figli in situazione di forte disagio al fine di conseguire una condizione di positivo cambiamento relazionale;
- formare e diffondere una cultura adeguata alla modernità dell'evento separativo, al fine di restituire alle madri e ai padri separati quella responsabilità genitoriale che garantisce ai figli il sostegno e la cura di cui necessitano da parte di entrambi i genitori;
- costruire un "terreno collaborativo" tra le famiglie, le parti sociali e i professionisti del settore;
- individuare e raggiungere risoluzioni positive per i conflitti favorendo l'interazione comunicativa tra le parti.

9. Tipologia struttura	capacità di accoglienza
<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
X Altro: centro erogazione prestazioni alla persona	<u>1</u>

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Ordinanza del Sindaco del Comune di Tivoli n. 641 prot. 50725 del 07/10/2016.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Centro per la famiglia "La Ginestra", Via delle Ginestre 1A – 00019 Tivoli (RM)

10. **Numero utenti nel 2016** | _ | _ | 7 | 9 |

Trattasi utenti che usufruiscono della consulenza psicoterapica per adulti e per minori e di incontri presso lo spazio neutro.

11. **Utenza prevista anno 2017** | _ | 1 | 0 | 0 |

Le richieste annuali previste ammontano a circa 100.

12. **In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?**

La capacità del servizio è quella di seguire circa 80 casi contemporaneamente.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

X Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: 40.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 2	1 9 2 0
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ 0	_ _ _ _
- Psicologi	_ 0	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ 0	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 1	_ 7 6 8
- Operatori socio-sanitari	_ 0	_ _ _ _
- Volontari	_ 0	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ 1	_ 7 2 0
- Altre figure PSICOTERAPEUTI	_ 4	2 4 0 0
MEDIATORE FAMILIARE	_ 1	_ 7 2 0

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della nuova gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

E' prevista un'attività di valutazione ex-ante in – itinere ed ex-post delle attività proposte al fine di garantire una totale trasparenza e qualità degli interventi e dei progetti di cui il centro si fa promotore. Si attueranno attività di continuo monitoraggio dell'offerta delle attività fornite, nonché dei fabbisogni che si evidenziano dalle interazioni con gli utenti. Per presentare e diffondere i risultati, riguardanti l'affluenza e gli obiettivi conseguiti dal centro, oltre al report delle attività trimestrale, sarà prodotta una pubblicazione di sintesi, per dare conto dei risultati raggiunti e dei percorsi avviati nell'ambito del centro. Si considereranno, in tale pubblicazione, i percorsi e i risultati di ciascuna fase del progetto e potrà quindi essere suddivisa ipoteticamente nel seguente modo:

- analisi del contesto socio-culturale territoriale con particolare riferimento agli aspetti sociali caratterizzanti l'area di interesse del centro.
- i percorsi educativi-terapeutici e di mediazione proposti
- i percorsi formativi proposti
- la metodologia di analisi e individuazione dei bisogni e gli strumenti adottati per promuovere e attuare i servizi
- la collocazione del centro nel tessuto territoriale

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Grande soddisfazione espressa in via informale alle risorse del Servizio Sociale Distrettuale per aver istituito un servizio che offre risposte anche alle numerose richieste pervenute da parte dell'Autorità giudiziaria.

OTTIMO

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato somministrato a tutti gli utenti del Centro per la Famiglia un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola collocata nella sala d'attesa della struttura. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarsi sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola. È stato riscontrato, inoltre, che il numero di dropout ed il numero di recidive nei pazienti trattati psicoeconomicamente nell'annualità 2016 è estremamente basso.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| - Sì, totalmente | <input type="checkbox"/> |
| - Sì, parzialmente | <input type="checkbox"/> |
| - No | X |

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

La rete si esplica attraverso la partecipazione di figure professionali sanitarie – lo psicoterapeuta – ed il rafforzamento della rete tra i servizi sociali e l'azienda sanitaria in materia di prevenzione e cura del disagio minorile, genitoriale e familiare.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	118.000,00
Quota regionale:	€	118.000,00
(di cui € 84.000,00 mis. 1 e € 34.000,00 mis. 4.3)		
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AI MINORI AI SENSI DELLA L.285/97

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il servizio si pone come obiettivo di perseguire unitarietà e complementarietà delle attività che saranno esercitate in maniera quanto più capillare possibile sul territorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli. Si cercherà, inoltre, di attivare quanto più è possibile le risorse, la partecipazione e il protagonismo degli adulti, degli adolescenti e dei bambini. Le istituzioni pubbliche e del Terzo settore, assieme alle altre risorse umane disponibili sul territorio agiranno in sinergia al fine di promuovere una cultura sensibile alle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza, affinché possano essere rimosse le situazioni di disagio, emarginazione, bisogno e devianza.

Il servizio prevede due tipologie di intervento, di seguito descritte:

Sostegno domiciliare alla genitorialità e ai minori

Il sostegno domiciliare alla genitorialità intende rinforzare le competenze dei genitori e sostenere lo sviluppo armonico ed evolutivo del minore all'interno del suo ambiente familiare. Il servizio deve essere erogato a favore di minori e di famiglie che si trovano a vivere difficoltà di vario tipo, comprese quelle derivanti da maltrattamenti fisici e/o psichici. Il servizio avrà come obiettivo primario il sostegno alla genitorialità e il mantenimento del minore presso il suo domicilio.

Sportelli d'ascolto

Il progetto degli sportelli d'ascolto si realizza attraverso la presenza di uno psicologo all'interno delle scuole che sarà a disposizione degli studenti, degli insegnanti e dei genitori al fine di favorire una comunicazione efficace, volta alla comprensione dei bisogni ed all'eventuale invio presso i servizi di competenza. L'obiettivo è quello di fornire **prevenzione, informazione, sostegno e consulenza**.

Per l'ottimale gestione degli interventi, il servizio si avvale di un **Comitato Tecnico Scientifico**, composto dagli Assistenti Sociali di riferimento per tutti i Comuni facenti parte del Distretto Socio - Sanitario di Tivoli e da una figura tecnica incaricata dalla ASL del Distretto di Tivoli.

Il Comitato Tecnico viene nominato dal Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma, composto dai Sindaci dei Comuni del Distretto Socio Sanitario di Tivoli e da un rappresentante della ASL RM 5.3.

Partecipano alle riunioni del Comitato Tecnico Scientifico, il referente progetto 285/97 del Comune capofila, il coordinatore psicologo, lo psicoterapeuta dell'ente gestore e gli operatori referenti dei casi.

Il Comitato Tecnico Scientifico svolge funzioni di coordinamento, promozione e verifica degli interventi effettuati dal personale dell'aggiudicataria. Quest'ultima dovrà produrre due relazioni di aggiornamento l'anno, a cadenza semestrale, destinate all'Ufficio di Piano e all'Assessorato al Welfare, i quali esercitano una funzione di controllo sullo stesso Comitato Tecnico Scientifico.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Il Servizio fu istituito per rispondere all'impulso dato dalla legge 285/1997 di implementare interventi e servizi nell'ambito del sostegno alla genitorialità attraverso varie iniziative di formazione, di aiuto, di accompagnamento rivolte alle famiglie, promuovendo azioni tese a migliorare la vita sociale e relazionale dei minori e delle loro famiglie, superando la logica emergenziale.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Minori e famiglia, disagio socioeconomico, esclusione sociale, disagio psicosociale.

8. Obiettivi dell'intervento

- Offrire sostegno alle famiglie per l'esercizio delle funzioni genitoriali e di socializzazione dei soggetti in difficoltà;
- superare gli interventi mirati prioritariamente all'emergenza, per attivare percorsi culturali ed educativi che contrastino ogni forma di disagio, solitudine, alienazione, anche a titolo preventivo;
- valorizzare il recupero delle potenzialità e delle risorse umane.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia

—
—

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

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

La sede del coordinamento operativo si trova presso il Centro Famiglia "LA GINESTRA" a Tivoli (RM), in Via delle Ginestre 3A. Gli operatori operano a domicilio o nelle scuole di tutti i Comuni del Distretto SS Tivoli.

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 5 | 3 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 5 | 5 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Attualmente il servizio riesce a servire l'intera utenza, passando per una breve lista d'attesa.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

- Si
- No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

- Si
- X No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

	n.	h.
- Amministrativi	_ 2	_ 2 4 0
- Assistenti sociali	_ 0	_ _ _ _
- Sociologi	_ 0	_ _ _ _
- Psicologo/coordinatore	_ 1	_ 2 6 0
- Psicoterapeuta	_ 1	_ 2 6 0
- Pedagogisti	_ 0	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 6	4 3 6 8
- Operatori socio-sanitari	_ 0	_ _ _ _
- Volontari	_ 0	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ 0	_ _ _ _
- Altre figure: SUPERVISORE	_ 1	_ _ 4 8

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Si
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Rilevazione del livello di gradimento del servizio, mantenimento/incremento dell'utenza.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utenza dichiara nei test di gradimento di apprezzare il servizio offerto ed il personale coinvolto.

BUONO

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato somministrato a tutti i genitori dei minori seguiti con il servizio L. 285.97 un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una busta chiusa all'operatore di riferimento, il quale, lo ha imbucato nell'apposita scatola predisposta per raccogliere i questionari. Per il servizio effettuato nelle scuole, invece, sono state raccolte a fine anno scolastico dei report e delle relazioni sul grado di soddisfacimento del servizio.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete si esplica attraverso la partecipazione nel servizio di figure professionali sanitarie – lo psicoterapeuta – ed il rafforzamento della rete tra i servizi sociali e l'azienda sanitaria in materia di prevenzione e cura del disagio minorile, genitoriale e familiare. In relazione, invece, alle necessità ricreative, ludiche e di inclusione sociale, si è lavorato in collaborazione con le realtà territoriali dell'associazionismo quali, gli scout, gli oratori ed alcune associazioni sportive. Tutti questi luoghi sono stati frequentati dai minori assistiti.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	184.000,00
Quota regionale:	€	184.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

SEGRETARIATO SOCIALE GRANDI COMUNI

2. Continuità dell'intervento

- Nuovo
 In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

- LEPS
 Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il **Segretariato Sociale** che è un servizio con funzioni di informazione e consulenza ai singoli e ai nuclei familiari, il quale orienta la domanda e garantisce l'accesso al sistema integrato dei servizi e degli interventi socio sanitari.

Le attività che offre il servizio nello specifico sono:

- pubblicizzazione del servizio;
- accoglienza;
- ascolto;
- informazione;
- orientamento.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

- Sì
 No

Il servizio nacque dall'esigenza di distinguere la fase dell'accoglienza e dell'orientamento alle persone riguardo i servizi socio sanitari presenti nel territorio e le relative modalità di accesso, dalla fase di vera e propria presa in carico delle persone in difficoltà, con le quali si stabilisce un piano di intervento individualizzato e specifico.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale

- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)



7. Tipologia di utenza

Tutta la cittadinanza e in particolare: minori e famiglie, anziani, disagiati sociali, disabili.

8. Obiettivi dell'intervento

Fornire informazioni, consulenze e aiuto nel rispetto del diritto all'autodeterminazione del singolo cittadino, in ordine alle più diverse richieste di servizi o prestazioni sociali e agevolando lo scambio di elementi informativi tra soggetti diversi;

- svolgere una funzione di promozione sociale, rendendo l'informazione e l'accesso ai servizi facilitati ai vasti strati della popolazione del Distretto Sociosanitario di Tivoli, con particolare riferimento a specifici target che di volta in volta saranno individuati.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |
| Non è una struttura | |

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

I grandi comuni del Distretto Socio Sanitario RM 5.3: Tivoli, Castel Madama, Poli, San Polo e Poli.

10. Numero utenti nel 2016 | _ | 2 | 5 | 5 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | 2 | 9 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'utenza viene servita nella sua interezza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 3	1 5 6 0
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare: Coordinatore_____)	_ 1	_ _20 8

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

Il Servizio di Segretariato Sociale è realizzato anche nell'ambito dei piccoli comuni e dei grandi comuni del distretto socio-sanitario RM 5.3. il servizio è affidato alla cooperativa sociale Nuova Sair sotto il coordinamento generale dell'Ufficio di Piano.

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Periodiche riunioni di verifica del lavoro svolto e dei risultati emergenti dalla eventuale reportistica prodotta.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utenza in via informale dichiara la sua soddisfazione rispetto al lavoro svolto dalle Assistenze Sociali.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato predisposto un questionario di Customer Satisfaction da compilarli in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola collocata all'interno dei comuni. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarli sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola. Dal momento, inoltre, che il servizio è realizzato nell'ambito degli enti locali, la valutazione sulla qualità dei servizi è anche ad appannaggio delle amministrazioni locali.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Gruppi di lavoro e di confronto tra le Ass. Soc. del servizio, gli operatori ASL, scuole e il Terzo Settore.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	12.500,00
Quota regionale:	€	12.500,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE COMUNI AL DI SOPRA DEI 2000 ABITANTI

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il servizio ha come finalità quella di garantire una globalità di prestazioni all'utenza in un'ottica d'integrazione degli interventi al fine di evitare frammentazioni e sovrapposizioni degli stessi.

Il Servizio Sociale Professionale che ha lo scopo di prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e di promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione.

Le attività che offre il servizio nello specifico sono:

-lettura e decodificazione della domanda sociale;

-presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale;

-predisposizione di progetti personalizzati;

-attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, accompagnamento e aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Il Servizio Sociale Professionale esiste da tantissimi anni per rispondere all'esigenza di sostenere e fornire aiuti alle persone e/o famiglie in situazione di disagio sociale più o meno grave. Nato sulla scia del D.P.R. 616/77 che delegava i comuni in materia di servizi socio-assistenziali e sanitari, nel tempo è stato potenziato a più riprese per rispondere alla crescente richiesta di sostegno e aiuto da parte di una sempre più ampia fascia di popolazione che verte in condizioni di forte disagio socio-economico.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Distrettuale X
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Tutta la cittadinanza e in particolare: minori e famiglie, anziani, disagiati sociali, disabili.

8. Obiettivi dell'intervento

Erogare prestazioni professionali finalizzate all'accoglienza dei soggetti svantaggiati e alla risoluzione del disagio sociale avvertito dal singolo e dalla famiglia, in collaborazione con gli altri servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria competenti.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

NON PRESENTE

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Tutti i grandi comuni del Distretto Socio Sanitario RM 5.3.

10. Numero utenti nel 2016 |_|2|1|1|

11. Utenza prevista anno 2017 |_|2|4|0|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'utenza viene servita nella sua interezza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

- Sì
- No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Sì

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 4	4 0 0 4
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure SUPERVISORE	_ 1	_ _ 4 0

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
 No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Periodiche riunioni di verifica del lavoro svolto e dei risultati emergenti dalla eventuale reportistica prodotta.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utenza in via informale dichiara la sua soddisfazione rispetto al lavoro svolto dalle Assistenze Sociali.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato predisposto un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola collocata all'interno dei comuni. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarsi sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Gruppi di lavoro e di confronto tra le Ass. Soc. del servizio, gli operatori ASL, scuole, il Terzo Settore e volontariato. La rete territoriale è coinvolta in iniziative e manifestazioni di sensibilizzazione sui temi oggetto dei servizi. La sinergia e la collaborazione tra realtà territoriali istituzionali o afferenti al terzo settore hanno visto, nell'annualità 2016, un numero considerevoli di giornate formative e/o divulgative in cui le tematiche toccate sono state affrontate in relazione ai rispettivi ambiti di pertinenza e competenza.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	90.000,00
Quota regionale:	€	90.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi_____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) viene fornita previa presentazione di specifica istanza da compilare sul modello unico appositamente predisposto che potrà essere inoltrata presso il proprio Comune di residenza oppure presso l'Ufficio relazioni con il pubblico del Comune di Tivoli, in qualità di Capofila. Gli uffici interessati faranno un primo esame della domanda dal punto di vista formale, ossia relativamente alla completezza delle informazioni richieste per l'accesso al godimento del servizio. Successivamente, le domande complete in ogni loro parte saranno inoltrate all'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) che le vaglierà e predisporrà il relativo *piano individuale di assistenza*. Il piano individuale di assistenza viene sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti e periodicamente sottoposto a verifica. Nel caso in cui le richieste siano in numero maggiore rispetto alle disponibilità previste, l'U.V.M. provvederà a stilare una graduatoria in base ai seguenti criteri:

- grado di autosufficienza;
- situazione familiare;
- situazione economica.

E' ritenuto imprescindibile il perseguire la continuità di un elevato livello qualitativo del servizio evitando, per quanto è possibile, l'avvicinarsi di operatori diversi. Si ritiene, altresì, indispensabile l'instaurarsi di rapporti significativi tra gli operatori impegnati nel servizio e i diretti beneficiari. Il servizio di A.D.I. consiste, in generale, in prestazioni:

- supporto nell'igiene personale e negli atti quotidiani della vita
- supporto per una corretta deambulazione;
- accompagnamento, promozione e mantenimento dei legami sociali e familiari;
- supporto alla gestione domestica;
- acquisto di generi alimentari e di beni di prima necessità per conto dell'utente;
- accompagnamento per visite mediche o ricoveri ospedalieri con mezzo idoneo, fornito dalla ditta aggiudicataria;
- disbrigo di pratiche burocratiche;

- occupazione del tempo libero, con attività ricreative da svolgersi nei centri di aggregazione.

Nel caso specifico dei minori diversamente abili, le prestazioni riguarderanno:

- il sostegno alla genitorialità;
- l'incremento della vita di relazione al fine di evitare o contenere il rischio di emarginazione;
- l'assistenza e la cura della persona, anche sotto il profilo igienico;
- la preparazione e la somministrazione dei pasti.

Il servizio di Assistenza domiciliare è, comunque, integrato per tutti gli utenti con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative di stretta competenza della AUSL RMG3.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

La rivelazione del bisogno avviene mediante compilazione di apposita modulistica in entrambi gli interventi. L'individuazione dell'utenza avviene mediante i Servizi Sociali Territoriali, presentando autonomamente richiesta o su istanza di un familiare.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Le prestazioni si rivolgono ai cittadini diversamente abili sia adulti che minori e agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, con difficoltà fisiche e/o psichiche, residenti nei Comuni costituenti il Distretto Sociosanitario di Tivoli. Le prestazioni sono erogate a titolo gratuito per i minori, ma compartecipate economicamente dagli utenti adulti e dagli anziani mediante la presentazione della Dichiarazione Isee.

8. Obiettivi dell'intervento

- evitare l'istituzionalizzazione favorendo la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- lavorare per il mantenimento e il potenziamento delle autonomie;
- attivare processi di socializzazione che ne riducano l'isolamento e la solitudine;
- sostenere le risorse familiari e socio-relazionali.

9. Tipologia struttura

Gruppo appartamento

capacità di accoglienza

—

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

Nessuna

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente

10. Numero utenti nel 2016 | _ | 1 | 5 | 0 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | 1 | 8 | 1 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Il fabbisogno rilevato è sicuramente maggiore rispetto all'utenza servita.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

Sì, esiste una graduatoria distrettuale. Nel 2016 sono stati attivati tutti gli utenti in lista di attesa. Da allora la lista si è ricostituita ma si lavora per mantenerla più esigua possibile. Pervengono continuamente nuove richieste di attivazione ma soprattutto istanze per l' aumento delle ore di assistenza.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 2	3 4 8 4
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	6 8	7 8 0 0 0 c.a
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair ONLUS

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

L'appalto è stato aggiudicato dalla suddetta cooperativa fino dal 16/03/2017 al 16/03/2018 con procedura di gara aperta.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Si
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

La qualità del servizio viene valutata con periodici questionari di gradimento.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(**insufficiente, sufficiente, buono, ottimo**)

Il servizio è valutato in maniera positiva ma molti utenti chiedono una maggiore copertura oraria.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Il grado di soddisfazione dell'utente rispetto al personale che presta assistenza, il numero di ore erogate, la qualità dell'intervento attivato.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete connette le diverse municipalità, i servizi sociali in essi eventualmente presenti, l'ente erogatore del servizio, l'Ufficio di Piano, i presidi ASL, l'insieme delle associazioni che si occupano di anziani e disabili con una configurazione che nel corso degli anni si è articolata in una solida struttura di protezione e tutela del bisogno dell'utente e dei relativi caregivers.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	622.000,00
Quota regionale:	€	582.000,00
Cofinanziamento : COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI	€	40.000,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

Centro diurno per persone diversamente abili.

2. Continuità dell'intervento

- Nuovo
 In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

- LEPS
 Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il **Centro diurno per diversamente abili minori e adulti** ha la finalità di mantenere nel proprio nucleo familiare la persona, affetta da handicap psicofisico e/o sensoriale di lieve, media e grave entità, offrendo interventi psico-socio-educativi che si propongono come obiettivo:

- lo sviluppo delle potenzialità residue;
- il recupero di capacità di relazione;
- l'acquisizione di forme di autostima e di consapevolezza di sé;
- lo sviluppo delle capacità residue, mirando a potenziare le capacità di socializzazione, comunicazione, critica.

Il servizio funge anche da supporto e da stimolo alle famiglie degli utenti, al fine di promuovere un lavoro di rete per la continuità e il mantenimento delle varie abilità acquisite al centro (con particolare riguardo a quelle relative alla cura autonoma della propria persona) e non da ultimo valorizzare l'autonomia personale ed incentivare il processo di socializzazione e inserimento nella comunità.

Considerato l'obiettivo primario dell'inclusione sociale delle persone diversamente abili, un'attività rilevante del centro riguarda i **progetti d'integrazione**. Detti progetti hanno lo scopo di fare emergere e stimolare le potenzialità residue delle persone diversamente abili e di prevenire l'isolamento sociale, attraverso l'inserimento sperimentale in realtà lavorative della zona secondo progetti formulati dai responsabili del centro in collaborazione con il settore dei servizi sociali del Comune di Tivoli.

Il Centro dispone, inoltre, di laboratori attrezzati per attività pratiche varie per un recupero e mantenimento delle potenzialità residue di quanti presentano difficoltà di inserimento nel normale processo produttivo.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

- Sì
 No

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Persone adulte e minori diversamente abili residenti del Distretto RM5.3.

8. Obiettivi dell'intervento

- Sostenere la persona diversamente abile nella ricostruzione della propria identità sociale diminuita o persa a causa della disabilità e/o di contesti di vita difficili;
- Favorire opportunità riabilitative e formative per gli utenti;
- Favorire l'inclusione della persona diversamente abile nel contesto sociale in cui vive.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input checked="" type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (centro diurno)	50 su due fasce orarie
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Centro Diurno "La Locomotiva", via Don Minzoni n. 13 A, 00019 Tivoli (RM).

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 3 | 3 |

11. Utente prevista anno 2017 | _ | _ | 4 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'intervento risponde alla domanda nella sua interezza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 1	1 3 6 2
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ 1	1 5 5 2
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 1	1 5 8 5
- Operatori socio-sanitari	_ 4	3 7 2 0
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (addetto alle pulizie)	_ 1	_ 7 5 9
- Altre figure (autista)	_ 1	1 9 0 5

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Consorzio Valcomino, via delle Cave n. 79, Roma.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di gestione del centro diurno per diversamente abili e del centro diurno per disagiati psichici.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Sì

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

La qualità del servizio viene verificata attraverso:

- le riunioni di coordinamento tra coordinatore del centro e responsabile del progetto, a cadenza mensile;
- le riunioni di coordinamento tra coordinatore del centro e responsabile del progetto, a cadenza mensile;
- la supervisione diretta del responsabile del progetto;

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Attualmente non sono previsti sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Vengono utilizzati come indicatori.

- i colloqui tra il coordinatore del centro e gli utenti;
- i colloqui tra il coordinatore del centro e i familiari degli utenti;
- il report mensile redatto dal coordinatore del centro e dagli operatori.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Nell'elaborazione dell'intervento non sono stati coinvolti altri enti.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	204.688,86
Quota regionale:	€	50.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'intervento

Centro diurno per disagiati psichici.

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il **Centro diurno per disagiati psichici** ha come finalità la riabilitazione e l'integrazione dei cittadini con disagio o sofferenza psichica. Esso si configura come spazio relazionale aperto al territorio con il quale intraprendere iniziative di inclusione. Il centro si pone all'interno di una rete di relazioni tra diversi attori – privati e istituzionali – al fine di creare una pluralità di competenze utili a gestire processi di inclusione e cittadinanza, sostenendo gli utenti nello svolgimento del proprio ruolo di attori re-inseriti nella società e nel contesto locale di riferimento, passando alla riappropriazione dell'essere cittadino "attivo".

Il Centro svolge attività volte:

- e) allo sviluppo delle potenzialità residue;
- f) al recupero delle capacità di relazione;
- g) all'acquisizione di forme di autostima e di consapevolezza di sé;
- h) allo sviluppo delle capacità residue, mirando a potenziare le capacità di socializzazione, comunicazione, critica.

Il servizio funge anche da supporto e da stimolo alle famiglie degli utenti, al fine di promuovere un lavoro di rete per la continuità e il mantenimento delle varie abilità acquisite al centro (con particolare riguardo a quelle relative alla cura autonoma della propria persona) e non da ultimo valorizzare l'autonomia personale ed incentivare il processo di socializzazione e inserimento nella comunità.

Sono previste nel centro diurno attività di varia natura, in particolare i laboratori d'arte, naturalistico e teatrale.

Sono previste altresì delle uscite ricreative e culturali, programmate dietro indicazioni del responsabile del Dipartimento di Salute Mentale.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Persone adulte con disagio psichico residenti del Distretto RM5.3.

8. Obiettivi dell'intervento

- Sostenere la persona con disagio psichico nella ricostruzione della propria identità sociale diminuita o persa a causa del disagio e/o di contesti di vita difficili;
- Favorire opportunità riabilitative e formative per gli utenti;
- Favorire l'inclusione del disagiato psichico nel contesto sociale in cui vive.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input checked="" type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (centro diurno)	25
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Centro Diurno "L'Araba Fenice", via Domenico Giuliani n. 4, 00019 Tivoli (RM).

10. Numero utenti nel 2016 |_|_|2|0|

11. Utenza prevista anno 2017 |_|_|2|0|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'intervento risponde alla domanda nella sua interezza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Sì

No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ 2	1 1 6 6
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (tecnici di laboratorio)	_ 3	_ 7 9 9
- Altre figure (terapista occupazionale)	_ 1	_ 4 8 8

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Consorzio Valcomino, via delle Cave n. 79, Roma.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di gestione del centro diurno per diversamente abili e del centro diurno per disagiati psichici

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

La qualità del servizio viene verificata attraverso le riunioni di coordinamento a cadenza mensile e attraverso la supervisione diretta del responsabile del progetto.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Attualmente non sono previsti sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Vengono utilizzati come indicatori i colloqui tra la responsabile del D.S.M. e i familiari degli utenti.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Nell'elaborazione dell'intervento non sono stati coinvolti altri enti.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	70.000,00
Quota regionale:	€	70.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

SOSTENERE LA GRAVE DISABILITA' (LEGGE 162/98)

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi_____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Nell'organizzazione e gestione associata dei servizi ed interventi socio-sanitari attivati a livello distrettuale, acquista particolare importanza l'attivazione di quanto disposto dalla legge n. 162/1998. Infatti, al fine di assicurare il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale, il Distretto Sociosanitario di Tivoli promuove, nell'ambito del Piano di Zona 2016, la programmazione e l'attuazione delle iniziative previste dalla predetta legge n.162/1998. Tra queste iniziative assumono un'importanza fondamentale la definizione e l'attuazione dei piani personalizzati d'intervento.

Gli interventi inclusi nel progetto L.162/98 si sviluppano in due attività: l'ASSISTENZA DOMICILIARE che segue le modalità dell'assistenza integrata e il CONTRIBUTO ECONOMICO in valore monetario rimborsabile attraverso la presentazione di apposite ricevute che attestino le prestazioni in favore del beneficiario della richiesta.

I piani personalizzati d'intervento sono previamente concordati con le persone che ne hanno presentato istanza e prevedono l'aiuto, il sostegno alla persona e alla famiglia attraverso l'assistenza domiciliare anche della durata di 24 ore o programmi di aiuto gestiti in forma indiretta. La realizzazione di ogni piano non potrà conseguirsi con una spesa inferiore ai 4000,00 (quattromila/00) euro. Pertanto, l'Unità di Valutazione Multidimensionale provvederà ad individuare gli interventi aventi maggiore necessità. Qualora le persone in possesso dei requisiti richiesti fossero in numero maggiore rispetto ai finanziamenti assegnati al Distretto Sociosanitario di Tivoli, la predetta Unità di Valutazione Multidimensionale stilerà un'apposita graduatoria nel rispetto rigoroso dei seguenti criteri:

- la gravità;
- la situazione sociale, con particolare riferimento all'assenza di conviventi o alla distanza dalle strutture erogatrici i servizi sociali;
- la situazione economica.

Delle opportunità offerte dalla legge n.162/1998 è auspicabile che sia garantita, da parte di tutti gli enti coinvolti, la più ampia diffusione possibile (a mezzo stampa, bando pubblico, ecc.).

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Sì

No

La rivelazione del bisogno avviene mediante compilazione di apposita modulistica in entrambi gli interventi. L'individuazione dell'utenza avviene mediante i Servizi Sociali Territoriali, presentando autonomamente richiesta o su istanza di un familiare.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Portatori di disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, Legge n.104/1992 e con patologie non derivanti da processi d'invecchiamento.

8. Obiettivi dell'intervento

- Individuare ed intervenire nei confronti delle persone in situazione di particolare gravità che necessitano di un'assistenza mirata che non può essere accordata con iniziative globali;
- sostenere le risorse familiari e socio-relazionali dei disabili gravi.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Nessuno.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Nessuna struttura.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

10. Numero utenti nel 2016 | _ | 4 | 2 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | 6 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Risponde a tutti, ma con maggiori risorse il servizio potrebbe essere migliorato.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Sì

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Sì

No

Il bando esce ogni anno e laddove l'utente presenta tutti i requisiti richiesti, rientra in una graduatoria che viene stilata in base al reddito, fattore che delinea l'importo del rimborso o le ore totali di ore di assistenza domiciliare, a seconda della domanda presentata.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 2	_ 4 8 0
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	2 0	1 9 9 2
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair ONLUS

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

L'appalto è stato aggiudicato dalla suddetta cooperativa dal 16/03/2017 al 16/03/2018.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

La qualità del servizio viene valutata con questionari di gradimento.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Buono, ma potrebbe essere migliorato.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Il grado di soddisfazione dell'utente rispetto al personale che presta assistenza, il numero di ore erogate, la qualità dell'intervento attivato.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete connette le diverse municipalità, i servizi sociali in essi eventualmente presenti, l'ente erogatore del servizio, l'Ufficio di Piano, i presidi ASL, l'insieme delle associazioni che si occupano di anziani e disabili con una configurazione che nel corso degli anni si è articolata in una solida struttura di protezione e tutela del bisogno dell'utente e dei relativi caregivers.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	91.187,00
di cui € 38.000,00 contributi all'utenza		
Quota regionale:	€	91.187,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 1.1

1. Titolo dell'Intervento

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario si caratterizza quale modalità organizzativa che, mira a fornire risposte integrate complete e appropriate a bisogni dei cittadini. Il valore aggiunto del PUA si caratterizza per un approccio multidisciplinare all'utente, tale da garantire una presa in carico unitaria.

Il PUA svolge le funzioni di:

- a) informazione sull'offerta dei servizi e sui relativi costi;
- b) orientamento e supporto alle persone e alle famiglie sui diritti alle prestazioni sociosanitarie;
- c) segnalazione delle situazioni complesse ai servizi sociosanitari per la presa in carico e l'attivazione della valutazione multidimensionale, del progetto personalizzato di assistenza e dei progetti educativi per i minori;
- d) informazioni sugli eventuali tempi di attesa per le prestazioni domiciliari e residenziali sociosanitarie e proposte di soluzioni differenziate;
- e) raccolta ed elaborazione dati.

Tali prestazioni sono garantite attraverso attività accoglienza tramite front office e di analisi multidisciplinare della domanda tramite back office.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Se sì, descrivere gli strumenti e i risultati della rilevazione del bisogno e i criteri applicati per l'individuazione dell'utenza.

L'area del Distretto Sociosanitario di Tivoli RMG3 ha un'estensione di circa 370 chilometri quadrati e comprende 17 Comuni: Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela,

Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Tivoli e Vicovaro. Il Comune di Tivoli è l'Ente capofila del Distretto.

Il PUA nasce con l'obiettivo di garantire una continuità degli interventi socio assistenziali e una presa in carico multidisciplinare dell'utenza che si trova in situazione di disagio sociosanitario.

Tali bisogni sono stati rilevati tramite tavole rotonde, focus group, incontri di rete tra gli stakeholders territoriali, i quali hanno confermato un forte livello di disparità nell'accesso ai servizi. Inoltre l'individuazione del target a cui rivolgere le azioni PUA è avvenuta tramite l'analisi dei servizi socio assistenziali che ha permesso la creazione di una mappa dei servizi socio-sanitari con la rispettiva utenza a cui questi si rivolgono.

In particolare la presenza nel territorio di Comuni di piccole dimensioni e le difficoltà legate alla conformità del territorio, confermano che nel Distretto la popolazione anziana e le persone socialmente svantaggiate, sono costrette a spostarsi nei grandi comuni per poter usufruire di servizi sociosanitari idonei. Inoltre esiste una notevole disparità tra l'elevata presenza di popolazione immigrata e l'assenza di comunità costituite che possono fungere da supporto socioassistenziale.

La rilevazione di tali bisogni ha confermato la necessità di migliorare i servizi, aumentandone la diffusione nel territorio del distretto e nel contempo di soddisfare l'esigenza di razionalizzare la spesa. Questo necessario compromesso può essere assicurato solamente attraverso una configurazione flessibile dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

A tal fine, acquisisce un ruolo strategico il Punto Unico di Accesso, strutturato nell'ambito della programmazione del Piano Sociale di Zona.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Il PUA, in quanto Punto Unico di Accesso, è aperto a tutti i cittadini del distretto sociosanitario di Tivoli che hanno necessità di chiarimenti e di essere indirizzati ai servizi giusti per rispondere alle loro richieste e bisogni socio-sanitari.

Inoltre, si specifica che il PUA nasce per dare particolare attenzione alla seguente tipologia di soggetti (Delib. Reg. Lazio 315, 8 luglio 2011):

-persone cronicamente affette da patologie multiple, dipendenze, e/o con disabilità, con stato di salute instabile, in cui gli effetti delle patologie possono essere aggravati da problematiche di tipo socio-economico,

-persone di età avanzata o molto avanzata, eventualmente con disabilità e/o affetti da polipatologia, in cui gli effetti delle patologie possono essere aggravati da problematiche di tipo socio-economico,

-persone con disabilità o perdita funzionale,

-persone straniere presenti stabilmente o temporaneamente sul territorio di competenza, che presentino problematiche sanitarie e/o sociale complicate da difficoltà di relazione con i servizi determinate da problemi linguistici/culturali,

-persone di minore età che presentino situazioni di disagio e/o condizioni di salute che ritardino o ostacolino lo sviluppo psico-fisico e sociale

8. Obiettivi dell'intervento

L'obiettivo generale del progetto P.U.A. del Distretto G/3 unitamente alla ASL RM5 Distretto di Tivoli, è fornire all'utente una risposta unitaria ed integrata, un sistema articolato che non sostituisce il Segretariato Sociale, attivo da diversi anni nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario, ma ne implementa l'azione, integrandola con quella dei servizi sanitari territoriali, per migliorare e diffondere la rete di accoglienza, valutazione e presa in carico del bisogno sociosanitario sul territorio distrettuale, secondo criteri di trasparenza ed uniformità e con metodologie condivise.

E' opportuno, quindi, che le risorse siano impiegate per avviare un processo che una volta a regime, porti all'integrazione nel PUA del Segretariato Sociale.

Nell'adempimento di tale finalità assume particolare rilevanza l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, costituita da professionalità sanitarie e sociali, in grado di effettuare la valutazione multidimensionale del caso, la personalizzazione degli interventi e la continuità assistenziale.

9. Tipologia struttura/capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

La sede del Punto Unico di Accesso (P.U.A.) è presso il Distretto sanitario di Tivoli, in Piazza Massimo 1. Sono stati attivati 19 punti unici di accesso, ovverosia un PUA centrale e 18 PUA periferici, così dislocati: Tivoli Terme, Villa Adriana, Casape, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela,

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Vicovaro, Castel Madama.

10. **Numero totale utenti nel 2016** | 5|0|

11. **Utenza prevista anno 2017 front office** | 2|0|0|

Utenza prevista anno 2017 back office | _|8|0|

12. **In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?** 80%

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 1	_ 7 8 0
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ 1	1 0 4 0
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ 1	_ 7 8 0
- Altre figure (specificare: Mediatore Familiare)	_ 1	_ 7 8 0

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito x
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento dei servizi

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della nuova gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
- X No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Sono organizzate riunioni di monitoraggio e verifica del lavoro svolto. Sono prodotti, inoltre, periodici report quantitativi e qualitativi sulla qualità del servizio.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utenza in via informale dichiara la sua soddisfazione rispetto al lavoro svolto dal personale impiegato.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato predisposto un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarsi sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola.

19. Esiste partecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No x

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

L'attivazione di interventi socio sanitari sono stati garantiti tramite lavori di gruppo, incontri di rete, riunioni di equipe tra i professionisti del settore.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	121.359,76
Quota regionale:	€	121.359,76
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

Ad oggi il Pua grava ancora sul finanziamento regionale riconosciuto al Distretto Socio Sanitario di Tivoli, pari ad € 121.359,76.

Dal 2017, se non arriveranno ulteriori specifici finanziamenti, il progetto rientrerà nel massimale di spesa della misura 1.

MISURA 1.2 UFFICIO DI PIANO

1. Descrizione dell'organizzazione e delle attività

L'Ufficio di Piano, è lo strumento operativo per la programmazione locale dei servizi sociali e socio sanitari, con il compito di provvedere all'elaborazione del Piano Sociale di Zona secondo le modalità indicate dal Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma. L'Ufficio si occupa della programmazione e della pianificazione degli interventi, della gestione dei processi di integrazione socio sanitaria, e del monitoraggio sull'andamento dei servizi in base agli indicatori di benessere sociale e alla verifica dei risultati raggiunti.

L'Ufficio di Piano del Distretto di Tivoli è collocato nel comune capofila, c/o Comune di Tivoli, Settore "Welfare" nello stesso piano dei Servizi Sociali, circostanza che rende la collaborazione e l'integrazione degli interventi molto più fluida ed immediata.

2. Ente presso il quale è costituito

- Ente capofila del Distretto
- Altro Comune o Ente del Distretto (specificare _____)

3. Modalità di collaborazione con il personale dell'Ente capofila e dei Comuni del distretto

L'Ufficio di Piano dialoga con tutte le figure di riferimento sia del Comune di Tivoli stesso, sia degli altri comuni facenti parte del Distretto. Le informazioni sulle attività in corso di svolgimento sono condivise di persona quando è possibile, altrimenti per posta elettronica, o attraverso riunioni convocate ad hoc. Tutto questo sempre in ottica di collaborazione e integrazione di interventi, per favorire l' omogeneità ed evitare la sovrapposizione e la duplicazione di servizi, in un'ottica di lavoro di rete come demandato da anni dalla L. 328/2000. Per ogni nuova iniziativa, bandi, istituzione di nuovi servizi ecc., viene sempre convocata una riunione di rete per informare tutti e dividerne i contenuti, dopodiché normalmente si individuano dei referenti rappresentanti per ogni professionalità e specialisti di settore, in modo tale da creare un'equipe di lavoro multidisciplinare e il più possibile integrata.

4. Modalità operative di collaborazione con il personale della ASL

Il principio sul quale è in piedi la collaborazione con la ASL è lo stesso di quello sopra esposto.

Gli interventi e i progetti nascono, vengono implementati e successivamente monitorati con la collaborazione della Asl che, attraverso la partecipazione del Direttore e/o di un Suo delegato, prendono parte alle riunioni multidisciplinari convocate sui vari progetti (es. l'Assistenza Domiciliare, i servizi inerenti la 285/97, la L.162/98, il bando per i contributi in favore di persone affette da malattia di Alzheimer, disabilità gravissima, e così via), in un'ottica di programmazione integrata dei servizi e degli interventi.

Questa collaborazione è stata rafforzata con l'istituzione del P.U.A. - Punto Unico di Accesso, attivo dallo scorso anno e collocato nei locali della sede centrale della Asl Roma 5.3.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

5. Risorse finanziarie

Costo totale:	€	124.038,20
Quota regionale:	€	0,00
Cofinanziamento Comuni:	€	71.000,00

6. Personale impiegato

Nome e cognome	Profilo professionale	Ente di appartenenza	Titolo giuridico del rapporto *	Ore di impiego settimanali	Titolo del compenso ricevuto **	Fonte del compenso (trasferimento regionale/cofinanziamento/spese di personale ordinarie)
LUCIA LETO	SEGRETA RIO GENERAL E/ DIRIGENT E AD INTERIM IV SETTORE	COMUNE DI TIVOLI	Segretario Generale	5	Salario tabellare + indennità di risultato	Spese di personale ordinarie
ANGELA ZARELLI	Responsa bile Posizione organizza tiva	COMUNE DI TIVOLI	Tempo indeterminato full time	36 (DI CUI 21,50 DEDICATE AL PIANO DI ZONA)	Salario tabellare + Indennità di risultato	Spese di personale ordinarie
MARIA MILANI	Istruttore direttivo culturale	COMUNE DI TIVOLI	Tempo indeterminato part time (18 ore)	18	Salario tabellare	Spese di personale ordinarie
CLAUDIA GIOVANNANGELI	Esperto socio - culturale	COMUNE DI TIVOLI	Tempo indeterminato part time (18 ore)	18	Salario tabellare	Spese di personale ordinarie
MARIA CAROLINA PETTOLINO	Esperto socio - culturale	COMUNE DI TIVOLI	Tempo indeterminato part time (18 ore)	18	Salario tabellare	Spese di personale ordinarie
MARINA INNOCENZI	Assistente Contabile	COMUNE DI TIVOLI	Tempo indeterminato full time	36 (DI CUI 18 DEDICATE AL PIANO DI ZONA)	Salario tabellare	Spese di personale ordinarie

MISURA/SOTTOMISURA 2

1. Titolo dell'Intervento

COUNSELLING SOCIOPEDAGOGICO

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il Servizio di Counseling è un servizio di natura psico – pedagogica che opera con l'obiettivo di prevenire il disagio dei minori diversamente abili (in maniera temporanea o permanente) nelle scuole dell'infanzia, nella scuola primaria e secondaria di primo grado, e promuoverne il benessere ed il loro reale inserimento nel contesto scolastico, tutelando il loro diritto allo studio e favorendo il superamento delle barriere fisiche e psicologiche.

Il Counseling ha come obiettivo primario l'integrazione degli alunni disabili a tutti i livelli (scolastico, relazionale,...) attraverso interventi che promuovano l'autonomia, valorizzino le risorse e le capacità di ogni individuo, favoriscano la socializzazione dei minori con il gruppo classe, gli insegnanti ed il personale scolastico con il quale vengono ad interagire.

Attraverso l'elaborazione di un Piano di Intervento Personalizzato, verranno stabilite le modalità di intervento, ovvero:

- a) le metodologie abilitative e riabilitative da impiegare per ridurre il disagio e sviluppare le autonomie e l'autostima;
- b) le azioni per potenziare capacità e competenze già presenti nell'alunno stimolandolo a divenire protagonista della propria riabilitazione;
- c) le modalità di promozione dell'accoglienza, dell'integrazione e cura delle relazioni;
- d) le operazioni di ausilio e supporto al corpo docente nello svolgimento dell'attività didattica;
- e) il piano di collaborazione con gli altri servizi presenti sul territorio per l'integrazione e la globalità dell'intervento.

Le aree d'intervento sono: le seguenti: cognitiva, emotivo-relazionale, comportamentale. Si intende proseguire il percorso pedagogico, finora offerto al target specifico di riferimento, con l'ausilio di strumenti compensativi e dispensativi attivando la funzione di recupero individuale e/o di supplemento alla programmazione didattica. Si prevedono, inoltre, le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo degli interventi;

- l'attivazione di modalità di collaborazione con il corpo insegnanti e il complesso dei servizi sociali presenti sul territorio;
- l'intensificazione dei colloqui con i genitori al fine di un maggiore coinvolgimento attivo per il benessere e la crescita della propria prole.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

- Sì
 No

Il Counselling è nato qualche anno fa per consentire ai comuni più piccoli del distretto (con un numero di abitanti al di sotto delle 2000 unità), dotati di risorse molto scarse, di predisporre un servizio di natura psico – pedagogica che operasse per favorire l'integrazione degli alunni disabili a tutti i livelli.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Minori in difficoltà.

8. Obiettivi dell'intervento

Il Counseling ha come obiettivo primario l'integrazione degli alunni disabili a tutti i livelli (scolastico, relazionale,...) attraverso interventi che promuovano l'autonomia, valorizzino le risorse e le capacità di ogni individuo, favoriscano la socializzazione dei minori con il gruppo classe, gli insegnanti ed il personale scolastico con il quale vengono ad interagire.

Le strategie di intervento sono flessibili ed adeguate in base all'età e alle esigenze degli utenti.

Il servizio offre un orientamento o un sostegno a singole persone o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l'utilizzo delle potenzialità dell'utente; offre agli utenti l'opportunità di esplorare, scoprire e rendere chiari i propri schemi di pensiero e di azione per crescere nelle competenze di *coping* (=fronteggiare le difficoltà) e di autodeterminazione anche rispetto alla soluzione di alcuni problemi; aumenta la qualità della propria vita migliorando l'uso delle proprie risorse e soddisfacendo al meglio le proprie esigenze; ancora più in particolare si tratterà di:

- pattuire con il minore semplici regole comportamentali per la gestione dello spazio comune e personale;
- infondere la sicurezza necessaria per affrontare le richieste didattiche e di altro tipo;
- aumentare l'autostima;
- potenziare le capacità di base, di attenzione e di concentrazione;
- scoprire la possibilità di confrontarsi.

9. Tipologia struttura	capacità di accoglienza
<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

Nessuna struttura

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 1 | 7 | minori seguiti per 136 ore settimanali.

Nel 2015 gli sportelli di ascolto presenti nelle scuole erano 8 per 58 ore settimanali.

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 1 | 7 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Nell'anno 2016 sono state attivate ed accolte tutte le richieste pervenute dal Servizio Sociale.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

X No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi/coordinatore	_ 1	_ _ _ 4
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 1	_ _ 1 0
- Educatori	_ 5	4 8 9 6
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Miglioramento delle condizioni familiari e personali del minore; incremento delle occasioni di socializzazione; miglioramento del rendimento scolastico.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Soddisfazione espressa attraverso la somministrazione di questionari di gradimento e in sede di GLH.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato somministrato a tutti i genitori dei minori seguiti con il servizio counseling un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una busta chiusa all'operatore di riferimento, il quale, lo ha imbucato nell'apposita scatola predisposta per raccogliere i questionari.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete è composta dalle istituzioni scolastiche e dal privato sociale con il coordinamento dell'Ufficio di Piano.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	102.000,00
Quota regionale:	€	102.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 2

1. Titolo dell'Intervento

SECRETARIATO SOCIALE - SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE PICCOLI COMUNI

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il **Segretariato Sociale** è un servizio con funzioni di informazione e consulenza ai singoli e ai nuclei familiari, il quale orienta la domanda e garantisce l'accesso al sistema integrato dei servizi e degli interventi socio sanitari.

Le attività che offre il servizio nello specifico sono:

- pubblicizzazione del servizio;
- accoglienza;
- ascolto;
- informazione;
- orientamento.

Il **Servizio Sociale Professionale** ha lo scopo di prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e di promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione.

Le attività che offre il servizio nello specifico sono:

- lettura e decodificazione della domanda sociale;
- presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale;
- predisposizione di progetti personalizzati;
- attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, accompagnamento e aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Il Servizio Sociale Professionale nei piccoli comuni nasce dall'esigenza di rispondere alla necessità di sostenere e fornire aiuti alle persone e/o famiglie in situazione di disagio sociale più o meno grave. Nato sulla scia del D.P.R. 616/77 che delegava i comuni in materia di servizi socio-assistenziali e sanitari, nel tempo è stato potenziato per ovviare alla crescita del numero di richieste di sostegno e aiuto da parte della cittadinanza.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Tutta la cittadinanza e in particolare: minori e famiglie, anziani, disagiati sociali, disabili.

8. Obiettivi dell'intervento

- fornire informazioni, consulenze e aiuto nel rispetto del diritto all'autodeterminazione del singolo cittadino, in ordine alle più diverse richieste di servizi o prestazioni sociali e agevolando lo scambio di elementi informativi tra soggetti diversi;

- svolgere una funzione di promozione sociale, rendendo l'informazione e l'accesso ai servizi facilitati ai vasti strati della popolazione del Distretto Sociosanitario di Tivoli, con particolare riferimento a specifici target che di volta in volta saranno individuati.

- erogare prestazioni professionali finalizzate all'accoglienza dei soggetti svantaggiati e alla risoluzione del disagio sociale avvertito dal singolo e dalla famiglia, in collaborazione con gli altri servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria competenti.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

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

Nessuna.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Nessuno.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

I piccoli comuni del Distretto Socio Sanitario RM 5.3.

10. **Numero utenti nel 2016** SEGRETARIATO SOCIALE |_|4|8|1|

Numero utenti nel 2016 SERVIZIO SOCIALE PROFESS. |_|4|5|3|

11. **Utenza annuale prevista anno 2017** SEGRETARIATO SOCIALE |_|5|0|0|

Utenza annuale prevista anno 2017 SERV. SOCIALE PROFESS. |_|4|5|0|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'utenza viene servita nella sua interezza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Sì

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: 0.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Sì

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 6	5 1 4 8
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Pedagogisti |__| |__|__|__|
- Educatori professionali |__| |__|__|__|
- Operatori socio-sanitari |__| |__|__|__|
- Volontari |__| |__|__|__|
- Mediatori culturali |__| |__|__|__|

- Altre figure: **SUPERVISORE**_____ |__| |__|4|8|

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito X
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della nuova gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

X No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Periodiche riunioni di verifica del lavoro svolto e dei risultati emergenti dalla reportistica prodotta.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utenza in via informale dichiara la sua soddisfazione rispetto al lavoro svolto dalle Assistenze Sociali. Dal momento che il servizio è erogato all'interno degli enti locali le verifiche sulla qualità del servizio e sul grado di soddisfazione dell'utenza sono rilevate direttamente dai comuni.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato predisposto un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola collocata all'interno dei comuni. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarsi sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola. Dal momento, inoltre, che il servizio è

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

realizzato nell'ambito degli enti locali, la valutazione sulla qualità dei servizi è anche ad appannaggio delle amministrazioni locali.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Gruppi di lavoro e di confronto tra le Ass. Soc. del servizio, gli operatori ASL, scuole e il Terzo Settore.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	113.000,00
Quota regionale:	€	113.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 2

1. Titolo dell'Intervento

ASSISTENZA RIABILITATIVA SOCIALE AI MALATI PSICHIATRICI

2. Continuità dell'intervento

- Nuovo
 In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

- LEPS
 Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

L'intervento rientra nella fattispecie dei Servizi essenziali per i Piccoli Comuni così come definiti della Legge Regionale n. 6 del 2004.

Il servizio vuole favorire la socializzazione riducendo la diffidenza, la discriminazione e l'intolleranza verso le persone con patologie psichiatriche e sostenere le famiglie nella gestione quotidiana del malato.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

- Sì
 No

Il bisogno è stato rilevato in base alle richieste provenienti dai Servizi Sociali dei Piccoli comuni.

6. Bacino di utenza

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| - Sovradistrettuale | <input type="checkbox"/> |
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale (specificare i Comuni) | <input type="checkbox"/> |

7. Tipologia di utenza

Malati psichiatrici.

8. Obiettivi dell'intervento

- perseguire l'integrazione nel contesto sociale;
- favorire la socializzazione;
- sostenere la famiglia nella realtà quotidiana.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

Non presente.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Nessuno.

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 1 | 5 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 1 | 5 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'intervento è congruo alla domanda.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Sì

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

- Sì
 No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 1	_ 1 2 0
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (Assistenti Domiciliari _____)	_ 7	1 2 6 0

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair ONLUS.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

L'appalto è stato aggiudicato dalla suddetta cooperativa fino dal 16/03/2017 al 16/03/2018 con procedura di gara aperta.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
 No

Se sì, specificare Enti attuatori, soggetti erogatori, l'eventuale esistenza di un coordinamento operativo con l'intervento distrettuale

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

La qualità del servizio viene verificata e valutata innanzitutto ponendo al centro il beneficiario e la sua famiglia mediante la raccolta di segnalazioni su eventuali disfunzioni o disagi e di suggerimenti per migliorare il servizio, ma soprattutto attraverso la costruzione di un costante rapporto di dialogo tramite contatti telefonici da parte dell'ufficio di Piano e visite presso il loro domicilio da parte del servizio sociale professionale.

Di fondamentale importanza è il monitoraggio incrociato dell'Ufficio di Piano e della cooperativa a cui è stata affidata la gestione del servizio, mediante la ricerca costante del miglioramento, le verifiche e le azioni correttive per la qualità degli interventi. In tal senso la cooperativa promuove la continua formazione, l'aggiornamento e la supervisione del personale coinvolto nell'erogazione del servizio.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Buono

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Concorrono alla verifica e valutazione della qualità del servizio anche la capacità di analisi del territorio e dei suoi bisogni, la partecipazione sociale alla gestione, l'assetto e il clima organizzativo, lo sviluppo delle relazioni umane mediante il coinvolgimento delle famiglie, del volontariato oltrechè dei soggetti e delle realtà attive sul territorio.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete connette le diverse municipalità, i servizi sociali in essi eventualmente presenti, l'ente erogatore del servizio, l'Ufficio di Piano, i presidi ASL, l'insieme delle associazioni che si occupano di anziani e disabili con una configurazione che nel corso degli anni si è articolata in una solida struttura di protezione e tutela del bisogno dell'utente e dei relativi caregivers.

21. Risorse finanziarie

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Costo totale intervento:	€	39.492,66
Quota regionale:	€	39.492,66
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 3.1

1. Titolo dell'Intervento

ANZIANI FRAGILI, EMERGENZA CALDO, INVERNO SICURO

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Trattasi di un progetto già avviato, rivolto alla popolazione anziana, e finalizzato principalmente a sostenere e potenziare le abilità relazionali delle persone anziane non autosufficienti, ed a fornire un valido supporto nei momenti più critici dell'anno dal punto di vista meteorologico, ovvero periodi di grande freddo o di grande caldo in cui è per loro altamente sconsigliato uscire .

Le attività e le prestazioni erogate, così come previsto dalla L.R. 20/2006 art.3, consistono in attività educative agevolanti l'autonomia personale, socio relazionale e psichiche, attività di tutela dei diritti, attività di prevenzione primaria e secondaria, sostegno, sorveglianza, ascolto e comunicazione sociale.

Nella seconda parte dell'anno il servizio ha modificato in parte la propria natura occupandosi esclusivamente di intervenire e sostenere gli anziani che si trovano in stato di emergenza, ad esempio con la consegna della spesa a domicilio, oppure delle medicine, il ritiro dei pannolini, l'organizzazione delle visite mediche a domicilio, e così via.

L'altra parte dell'intervento, con il fine di agevolare e potenziare le abilità relazionali, di tutelare i diritti, di agire per la prevenzione e il sostegno alla persona, è stato assorbito in toto dal Servizio di Assistenza Domiciliare.

Questo ha comportato una riduzione del massimale di spesa della presente misura e l'aumento del budget a disposizione per il servizio di Assistenza Domiciliare.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

X Si

No

Se sì, descrivere gli strumenti e i risultati della rilevazione del bisogno e i criteri applicati per l'individuazione dell'utenza

I Servizi Sociali e il Segretariato Sociale ricevevano molte segnalazioni di richieste di aiuto e sostegno direttamente dalle persone interessate o dai loro familiari, soprattutto nei periodi in cui le persone anziane erano impossibilitate ad uscire.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Anziani fragili.

8. Obiettivi dell'intervento

- Contenere la progressiva perdita di autonomia degli anziani fragili ed evitare una precoce istituzionalizzazione;
- Sostenere le attività di prevenzione sull'individuazione ed il controllo di patologie cronico-degenerative dell'anziano;
- Prevenire le situazioni di solitudine ed emarginazione e le conseguenze legate all'emergenza caldo estivo o all'emergenza freddo nei comuni più piccoli montani

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

Nessuna.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Nessuna struttura.

10. Numero utenti nel 2016 |_|_|2|9|

Numero utenti fino a luglio 2017 |_|_|2|9|

Numero utenti da agosto 2017 a seguito della modifica del servizio: |_|_|2|8|

11. Utenza totale prevista anno 2017 |_|_|3|5|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Il servizio risponde in maniera esaustiva alle richieste.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

Per il periodo 01/01/2017 – 31/07/2017 erano in forze **15 operatori** per uno sviluppo totale di ore pari a **1506**.

Attualmente, considerando il periodo 01/08/2017 – 31/12/2017

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure OPERATORE DI STRADA	_ 1	_ 6 0 0

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Fino a marzo 2017 Consorzio Valcomino.

Da marzo 2017 Cooperativa Sociale Nuova Sair ONLUS.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

L'appalto è stato aggiudicato dalla suddetta cooperativa dal 16/03/2017 al 16/03/2018, con gara a procedura aperta.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Le persone beneficiarie dell'intervento dichiarano un elevato grado di gradimento delle prestazioni ricevute.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Ottimo.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Questionario di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

L'intervento nasce in collaborazione con il servizio CAD della Asl di Tivoli (per le richieste di pannoloni, prenotazioni visite domiciliari, ecc.), i medici di base, le farmacie (per la preparazione delle medicine da ritirare e consegnare all'utente), l'ASA (Azienda Comunale che si occupa del conferimento e ritiro dei rifiuti (per il ritiro dei pannoloni).

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	116.757,48
Quota regionale:	€	116.757,48
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 3.2

1. Titolo dell'Intervento

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il progetto prevede l'attivazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi socio sanitari.

L'intervento si esplica con l'assistenza in ambito domiciliare a persone in condizioni di disabilità gravissima e si realizza attraverso il riconoscimento di un contributo economico che può essere di 2 tipologie:

- **l' assegno di cura** (art. 25, comma 2, lett. a della L.R.11/2016), finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia, a seguito della stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato è predisposto dall'UVM con la necessaria presenza dell'Assistente Sociale designata dal Distretto, in base al principio della valutazione multidimensionale.
I soggetti scelti dalle famiglie per prestare assistenza devono essere accreditati dal sistema integrato e devono regolarizzare il rapporto di lavoro con un apposito rapporto di lavoro a norma di legge, nel rispetto degli inquadramenti previsti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;
- **il contributo di cura**, finalizzato a riconoscere il "lavoro" prestato dal caregiver che, assistendo personalmente il proprio familiare, assume un onere molto gravoso che comporta, ovviamente, la rinuncia quasi totalitaria alla propria organizzazione di vita precedente alla situazione di malattia.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Sì, seguendo le indicazioni fornite dalle Regione Lazio, prima dell'uscita del bando si è provveduto con la Asl di Tivoli ad una ricognizione della casistica in carico che rispondesse ai parametri di valutazione dello stato di disabilità gravissima così come decretato nel D.M. 26 settembre 2016, ed ad un lavoro di analisi dei pazienti

seguiti con il progetto Home Care Alzheimer che ugualmente rispondessero ai parametri del D.M. sopra citato.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

I destinatari sono persone in condizione di disabilità gravissima, non autosufficienti e/o in condizione di dipendenza vitale, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica, come definite dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, per la cui valutazione si rinvia agli allegati 1 e 2 dello stesso decreto.

8. Obiettivi dell'intervento

L'intervento, offrendo un supporto di tipo economico per l'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari, si pone come obiettivo quello di sostenere le famiglie nel gravoso compito di assistenza del proprio familiare soprattutto attraverso la possibilità di assumere personale qualificato che possa seguire e assistere l'utente in maniera più adeguata e professionale. Nel caso del caregiver l'obiettivo è quello di "premiare" il lavoro svolto dallo stesso che impegna totalmente o quasi la giornata nella cura del proprio caro rinunciando ad un grossa "fetta" di vita personale e/o lavorativa.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

Nessuna struttura.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016 |_|_|_|5|

Nel 2016 questa misura era programmata con gli interventi a favore delle persone affette da SLA.

11. Utenza prevista anno 2017 |_|_|3|5|

Attualmente sono in piedi le procedure previste per la stesura della graduatoria del primo bando inerente la disabilità gravissima. La previsione è che la Commissione completerà i propri lavori a fine novembre c.a.

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Le richieste pervenute al momento risultano superiori alle previsioni sviluppate nella pre –analisi.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

Si provvederà alla stesura di una graduatoria in base ai parametri che regolamentano gli interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 1	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 5	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Operatori socio-sanitari |__| |__|__|__|
- Volontari |__| |__|__|__|
- Mediatori culturali |__| |__|__|__|
- Altre figure (specificare Medico |__| |__|__|__|)

Non è facile quantificare le ore. Ad oggi la commissione si è riunita 4 volte per un totale di 12 ore ma ci sono altri incontri previsti per ultimare le procedure del bando.

L'amministrativo dell'Ufficio di Piano dedica a questo progetto un numero molto più elevato di ore poiché si occupa anche di tutti gli adempimenti burocratici che comporta la pubblicazione di un bando.

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

L'Ufficio di Piano.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Nessuno.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Si
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Si predisporrà un questionario di soddisfazione per gli utenti che rileverà la rispondenza degli interventi alle loro esigenze.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Ancora non presente.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

I parametri saranno definiti in seguito.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

L'Ufficio di Piano ha elaborato l'intervento in stretta collaborazione con la Asl e gli Assistenti Sociali del Distretto .

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	210.780,73
Quota regionale:	€	210.780,73
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 3.3

1. Titolo dell'Intervento

PIANO INTERDISTRETTUALE AMBITO ROMAG IN FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il progetto Home Care Alzheimer mira a realizzare nell'ambito del territorio della ASL ROMA una rete di servizi e d'interventi di natura socio assistenziale integrata rivolti alle **persone affette da malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, e loro familiari, capace di adattarsi e rispondere – nelle diverse fasi della patologia – in modo articolato e continuo ai bisogni terapeutici, assistenziali e di sostegno quotidiano.

Il Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer Home Care Alzheimer si articola su 2 principali tipologie d'intervento:

a) assistenza domiciliare in forma indiretta alle persone affette da malattia di Alzheimer;

b) formazione professionale ai sensi della L. 609/2007 per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare e costituzione di un albo degli assistenti familiari presenti sul territorio.

Alle famiglie con pazienti malati di Alzheimer viene riconosciuto un assegno di cura finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia, a seguito della stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato

I soggetti scelti dalle famiglie per prestare assistenza devono essere accreditati dal sistema integrato e devono regolarizzare il rapporto di lavoro con un apposito rapporto di lavoro a norma di legge, nel rispetto degli inquadramenti previsti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

Il periodo di competenza di questa III annualità è l'anno 2015, mentre le attività sono iniziate il **01/04/2017** e termineranno il **31/03/2018**.

Il budget assegnato con determinazione dirigenziale G19295 del 30/12/2014 è pari ad **€ 613.840,02** di cui:

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- € 574.840,02 destinati al pagamento dell'assistenza domiciliare in forma indiretta;
- € 39.000,00 destinati alla formazione per il conseguimento della qualifica di Assistente Familiare (corso di formazione da 300 ore secondo Legge n. 609/2007).

Le istanze pervenute in questa III annualità sono n.95, di cui n.2 esclusi per mancanza requisiti.

Parte degli utenti è in continuità con la II annualità, mentre i nuovi utenti hanno provveduto a regolarizzare un assistente qualificato che dal 1 aprile ha iniziato la collaborazione con la famiglia dei beneficiari.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Persone affette da malattia di Alzheimer.

8. Obiettivi dell'intervento

L'intervento, offrendo un supporto di tipo economico per l'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari, si pone come obiettivo quello di sostenere le famiglie nel gravoso compito di assistenza del proprio familiare attraverso la possibilità di assumere personale qualificato che possa seguire e assistere il malato in maniera mirata e professionale.

Ulteriore obiettivo è quello di sollevare, almeno per qualche ora, le persone che vivono a stretto contatto con il malato dall'impegno gravoso che hanno, e concedere alcuni spazi di "svago" e sollievo.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- Gruppo appartamento —
- Casa famiglia —
- Comunità alloggio —
- Comunità di pronta accoglienza —
- Casa di riposo —
- Casa albergo —

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Strutture semiresidenziali (specificare _____) —
- Altro (specificare _____) —

Nessuna.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016 |_|_|5|2|

Le domande pervenute erano 70, ma le persone che effettivamente hanno preso il contributo sono 52 perché alcuni utenti hanno rinunciato, altri purtroppo sono deceduti.

11. Utenza prevista anno 2017 |_|_|9|2|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'intervento risponde a tutti anche se le famiglie avrebbero bisogno di un assegno di cura di importo più elevato per poter assumere l'Assistente Familiare per qualche ora in più.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

- Si
 No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

- Si
 No

La graduatoria viene elaborata in base ad una doppia valutazione: quella Sociale e quella sanitaria in base ai diversi parametri stabiliti in sede di Ufficio d'Ambito.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

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

L'Ufficio d'Ambito è composto da i referenti di tutti e 6 i distretti facenti parte dell'Ambito Ottimale Asl Rm 5, da alcune Assistenti Sociali che intervengono a supporto degli Uffici di Piano, dal coordinatore delle Assistenti Sociali della Asl, e da un medico specialista.

Non è possibile quantificare le ore che ogni operatore spende sul progetto perche le attività di programmazione e gestione vengono sviluppate durante tutto l'anno insieme a tutto il resto delle proprie mansioni.

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Gli uffici di Piano dei 6 Distretti.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

L'affidamento del servizio attuale è **01/04/2017** e termineranno il **31/03/2018**.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Si
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

L'Ufficio di Piano di Tivoli incontra periodicamente i propri assistiti, se necessario, insieme alle Assistenti Sociali di riferimento, e raccoglie le valutazione ed eventuali richieste di miglioramento del servizio, cercando di fornire, ove possibile, risposte positive in tempi brevi.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Gli utenti valutano il servizio positivamente ma chiedono una maggiore copertura economica per poter avere ore in più di assistenza qualificata.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Gli indicatori di riferimento valutano l'adeguatezza della quantità di ore messe a disposizione a coprire le necessità assistenziali, la qualità del servizio prestato dall' Assistente Familiare, il livello di miglioramento della qualità della vita dell'assistito e dei suoi familiari.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

Alcuni utenti pagano ore di assistenza in più a quelle coperte dall'assegno di cura.

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

L'intervento viene annualmente elaborato con la collaborazione oltre che delle figure previste nell'Accordo d'Ambito, con i medici specialisti, l'IHG Istituto specializzato negli interventi per i malati di Alzheimer, gli ex centri UVA.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	613.840,02
Quota regionale:	€	613.840,02
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA 4.1

DISTRETTO Tivoli

○ **REFERENTI TECNICI E/O AMMINISTRATIVI PER IL PIANO AFFIDO:**

NOMINATIVO	PATRIZIA RANUCCI
TELEFONO	0774 453248
E-MAIL	p.ranucci@comune.tivoli.rm.it
PEC	servizi.sociali@pec.comune.tivoli.RM.IT

○ **VERBALE DI APPROVAZIONE DEL PIANO (dove previsto)**

Il Piano Affidato è stato approvato a marzo 2008 in Assemblea dei Sindaci. Il progetto è stato denominato “**Mai senza amore**”.

○ **PERIODO DI RIFERIMENTO** ³

Anno 2017

RELAZIONE SINTETICA (descrittiva) SULLO STATO DELL’AFFIDO NEL DISTRETTO:

L’affidamento familiare è un intervento temporaneo di aiuto e di sostegno ad un minore che proviene da una famiglia che non è in grado di occuparsi in modo sufficiente e completo delle sue necessità. Si tratta di un’accoglienza che educa alla gratuità, all’apertura della vita del minore accolto nella propria casa, fino ad amare tutta la sua storia, la sua famiglia, la sua diversità.

E’ un’esperienza significativa per tutti e soprattutto per il bambino che ha diritto di crescere in un contesto relazionale individuabile come “famiglia”. Contestualmente l’affidamento familiare è anche un’importante opportunità di sostegno e crescita sia per la famiglia di origine e che per la famiglia affidataria.

Nel 2006 la provincia di Roma istituisce i Poli Affidato ed il Distretto di Tivoli con i Distretti di Guidonia Montecelio e Monterotondo da il via al progetto “**Per ora abito qui**”. Lo scopo è quello di sostenere le famiglie in difficoltà e partendo dall’esigenza dei bambini di avere vicino figure adulte di riferimento solide.

Il polo affidato, con sede presso la ASL di Guidonia Montecelio, composto da equipe multidisciplinari ad alta integrazione socio-sanitaria, ha attivato numerose iniziative di sensibilizzazione e pubblicizzazione sul tema dell’accoglienza.

Nel 2007 la Regione ha predisposto il piano distrettuale d’intervento per l’affidamento familiare ripartendo le risorse per Distretto. Il Distretto di RM 5.3 ha elaborato il progetto “**Mai Senza Amore**” lavorando in sinergia con il Polo affidato provinciale. Sono state organizzate giornate di sensibilizzazione volte alla promozione della cultura dell’affido, è stata creata una rete di servizi pubblici e organismi del privato sociale anche attraverso la sottoscrizione di un protocollo d’intesa .

Il progetto distrettuale ha fatto propri gli obiettivi del polo affidato provinciale. Le risorse stanziare dalla regione sono state interamente utilizzate per l’erogazione di contributi alle famiglie affidatarie, la restante parte destinate ad attività integrative e le attività di sensibilizzazione e formazione erano proprie del Polo Affidati.

Con il passaggio da provincia a città metropolitana i Poli Affidato hanno interrotto le loro attività. Considerata l’importanza del tema il distretto RM 5.3 ha inteso continuare l’attività del Progetto “**MAI SENZA AMORE**” affidando al Centro per la Famiglia attività di pubblicizzazione e diffusione sul territorio dello strumento dell’affido familiare in collaborazione con i servizi sociali.

Nel 2013 il Comune di Tivoli ha aderito al progetti “**Nuovi Cortili**”. Lo scopo è stato quello di individuare, aggregare ed attivare il maggior numero di famiglie solidali ed orientarle verso la costituzione di gruppi capaci di promuovere ulteriormente l’aggregazione di nuove famiglie, di svolgere attività di mutuo aiuto, di operare in sinergia con i servizi.

Gli obiettivi del Progetto “Mai Senza Amore” sono:

- reperire famiglie disponibili all’affido;
- supportare la famiglia del minore al fine di superare la criticità;
- assicurare il sostegno alle famiglie affidatarie;
- garantire maggiori opportunità di crescita ai minori in difficoltà (supporto relazionale, attività sportive e ludico-ricreative);
- sensibilizzare la comunità locale sul tema dell’affidamento familiare;
- sviluppare una coscienza collettiva in merito alle responsabilità genitoriali e al ruolo che la famiglia gioca nella collettività locale.

Attualmente nel Distretto sono in carico a famiglie affidatarie 21 minori, mentre sono 28 quelli inseriti in strutture di accoglienza specifiche.

Il finanziamento complessivo da Piano di Zona è pari ad € 102.525,00, distribuito per l'80% circa per pagamento assegni mensili famiglie affidatarie, e per il 20% per i sussidi integrativi (es. spese per le psicoterapie, logopedie, spese mediche particolari ...).

MINORI IN AFFIDO (compresi quelli in strutture)

Anno 2016 22 minori in affidamento + 48 in Casa Famiglia

Anno 2017 21 minori in affidamento + 28 in Casa Famiglia

SERVIZI SOCIALI ED OPERATORI COINVOLTI

Assistenti Sociali del Distretto

FAMIGLIE D'ORIGINE

Anno 2016 65 famiglie

Anno 2017 45 famiglie

FAMIGLIE AFFIDATARIE

Anno 2016 20 famiglie

Anno 2017 19 famiglie

OPERATORI DEL TERZO SETTORE

Cooperativa "Nuova Sair"

- **PROGETTI PER L'AFFIDO NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO:**⁴
NOME DEL PROGETTO: Mai Senza Amore (descritto nei punti precedenti)

- **MODALITA' INDIVIDUAZIONE FAMIGLIE BENEFICIARIE** ⁵ (definite a livello di distretto)

⁴ Indicare eventuali progetti attivi in ambito territoriale, finanziati con fondi diversi da quelli stanziati per i Piani distrettuali per l'affido (es: fondi comunali, provinciali, Piani di zona, etc)

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Le famiglie vengono individuate dai Servizi Sociali tra quelle che hanno partecipato ad un percorso di formazione gestito dalle equipe multidisciplinari dei Poli Affidato operanti sul territorio provinciale, oppure tra quelle che spontaneamente si presentano ai Servizi Sociali a seguito delle campagne di sensibilizzazione. I contributi vengono erogati trimestralmente a mezzo bonifico o assegno.

- **MODALITA' EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI** ⁶ (definite a livello di distretto)

Trimestrale.

DATI STATISTICI DISTRETTUALI	NUMERO
NUMERO TOTALE MINORI IN AFFIDAMENTO (familiare e strutture)	49
NUMERO TOTALE MINORI IN AFFIDO FAMILIARE	21
NUMERO TOTALE MINORI IN AFFIDO IN STRUTTURA di cui:	28
COMUNITÀ FAMILIARI	27
COMUNITÀ SOCIO EDUCATIVE	
ALLOGGIO AD ALTA AUTONOMIA	
SERVIZI DI ACCOGLIENZA BAMBINO GENITORE	1
STRUTTURE DI PRONTA ACCOGLIENZA	
COMUNITÀ MULTIUTENZA	
COMUNITÀ EDUCATIVO E PSICOLOGICA	

- **PREVENTIVO DELLE RISORSE PER GLI ASSEGNI DI BASE**

€ 323,00 mensile per un totale di circa 81.396,00

⁵ Indicare se tutte le famiglie e le persone singole affidatarie di minori, per i quali esiste un atto di affidamento della competente autorità giudiziaria sono beneficiarie dei finanziamenti previsti nei piani di Sostegno Finanziario per l'Affidamento Familiare

⁶ La richiesta riguarda l'indicazione della periodicità di erogazione degli assegni di base ai nuclei affidatari (cadenza mensile, trimestrale o annuale), in base a quanto stabilito a livello di singolo distretto.

- **PREVENTIVO DELLE RISORSE PER I SUSSIDI INTEGRATIVI**

€ 21.129,00

- **CRITICITA' ESISTENTI PER L'AFFIDO**

Le principali criticità riscontrate sono da ricercare nell'esiguo numero di famiglie affidatarie, il quale risulta insufficiente a rispondere al bisogno; infatti nella maggior parte dei casi le famiglie affidatarie sono famiglie con grado prossimo di parentela. Un'altra importante criticità è dovuta alla scarsità di risorse da mettere in campo per l'intervento di recupero da pianificare con le famiglie d'origine, per le comunità di recupero, il sostegno alla ricerca di un alloggio dopo l'eventuale recupero e il sostegno per l'inserimento lavorativo.

MISURA/SOTTOMISURA 4.2

1. Titolo dell'Intervento

Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare.

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Inserimento di minori in strutture residenziali.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Se sì, descrivere gli strumenti e i risultati della rilevazione del bisogno e i criteri applicati per l'individuazione dell'utenza

6. Bacino di utenza

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| - Sovradistrettuale | <input type="checkbox"/> |
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale (specificare i Comuni) | <input type="checkbox"/> |

7. Tipologia di utenza

- Minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, civile o penale, per i quali sia indispensabile un intervento di accoglienza protetta;
- Minori in situazione di disagio grave e permanente, anche a seguito di attivazione di interventi a carattere socio educativo nei confronti del medesimo e dei nuclei familiari di appartenenza.

8. Obiettivi dell'intervento

- Fornire un ambiente protetto ed adeguato alle necessità e ai bisogni educativi del minore;
- Offrire un ambiente sereno nel quale vengono accolti e soddisfatti i bisogni psicofisici del minore;
- Permettere di svolgere attività sociali che siano in grado di favorire lo sviluppo evolutivo;
- Garantire stabilità affettiva ed educativa indispensabili alla corretta crescita del minore.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input checked="" type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Ass. Ain Karim, Roma; Piccoli Apostoli della Divina Misericordia (Casa della Letizia), Roma; Il Monello, San Giovanni Campano (FR); Coop Girotondo (Casa Mariella), Velletri; Coop Pegaso, Olevano Romano; Il Monello, Roma; Piccola Pietra, Guidonia; Casa Santa Chiara, Tivoli; Coop Il Tamburo, Monterotondo; Utopia 2000, Sezze; Il Sogno, Tivoli; Coop Girotondo, Marcellina; Coop Crescere Insieme, Guidonia; Villaggio Don Bosco, Tivoli; Domus Bernadette, Tivoli; Stella del Cammino, Santa Marinella; La Goletta, Ladispoli; Eimi, Roma.

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 4 | 8 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 5 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Attualmente l'intervento risponde interamente al fabbisogno.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 1	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 8	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito X
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Comune di Tivoli in qualità di capofila del distretto RM5.3.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Non esiste un affidamento univoco del servizio.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Sì

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

In corso di elaborazione.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

In corso di elaborazione.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No X

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Nel 2016 è stato istituito un tavolo tematico dell'Area Minori e Famiglia che riunisce i servizi sociali dei Comuni del distretto, i Consultori Familiari, le scuole, le associazioni del terzo settore.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	750.000,00
Quota regionale:	€	174.419,00
Cofinanziamento (specificare: Comuni)	€	575.581,00

MISURA/SOTTOMISURA 4.3

1. Titolo dell'Intervento

PREVENZIONE E TRATTAMENTO ABUSO MINORI

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Negli ultimi tempi il disagio minorile ed in particolare l'abuso sull'infanzia, sia in ambito familiare che extrafamiliare, sono cresciuti notevolmente. L'abuso sui minori costituisce uno dei fenomeni più gravi e multiproblematici nel percorso di sviluppo dei bambini e degli adolescenti, sia quando essi sono le vittime dirette dei maltrattamenti fisici e psicologici sia quando assistono ad atti di violenza su altri membri della famiglia o persone che rappresentano un riferimento affettivo importante. Nel nostro distretto si è riscontrato un incremento dei casi dei minori vittime di abusi che determina la necessità di riprogrammare gli interventi atti a ridurre e/o contenere il fenomeno attraverso il sostegno psicologico presso il centro per la famiglia attivo sul territorio.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

Il servizio è stato attivato lo scorso anno a seguito della presa d'atto delle richieste pervenute al Centro Famiglia e alla rilevazione da parte dei professionisti del Centro dell'importanza di fornire risposte adeguate alla problematica sopra esposta.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Minori vittime di abuso e maltrattamento, e loro familiari.

8. Obiettivi dell'intervento

Favorire il miglioramento delle condizioni psico-sociali dei minori vittime di abusi ed il recupero del diritto del minore a vivere in un ambiente sereno ed equilibrato.

Prevenire il collocamento dei minori vittime di abuso in strutture protette.

Nello specifico:

- Fornire un supporto educativo individuale al minore vittima di violenza e/o abuso e/o maltrattamento
- Promuovere azioni preventive volte a rimuovere le condizioni tali da pregiudicare l'equilibrio psico-fisico dei minori e l'inserimento in struttura protetta.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Il servizio è attivo presso il Centro Famiglia che è autorizzato al funzionamento con atto provvisorio (in attesa dei documenti definitivi), ovvero ordinanza del Sindaco del Comune di Tivoli n. 641 prot. 50725 del 07/10/2016.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Centro per la famiglia "La Ginestra", Via delle Ginestre 1A – 00019 Tivoli (RM)

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 1 | 2 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 1 | 5 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Il servizio risponde per intero alle richieste dell'utenza.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Sì

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Sì

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ 2	_ _ 9 0
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 2	_ 7 6 8
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito

x

- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Servizio appaltato di durata annuale, dal 01/08/2016 al 31/07/2017. Dal 01/08/2017 il servizio è in proroga nelle more dell'aggiudicazione della nuova gara.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Sì

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

E' prevista un'attività di valutazione ex-ante in – itinere ed ex-post delle attività proposte al fine di garantire una totale trasparenza e qualità degli interventi e dei progetti di cui il centro si fa promotore. Si attueranno attività di continuo monitoraggio dell'offerta delle attività fornite, nonché dei fabbisogni che si evidenziano dalle interazioni con gli utenti. Per presentare e diffondere i risultati, riguardanti l'affluenza e gli obiettivi conseguiti dal centro, oltre al report delle attività trimestrale, sarà prodotta una pubblicazione di sintesi, per dare conto dei risultati raggiunti e dei percorsi avviati nell'ambito del servizio.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Grande soddisfazione espressa in via informale alle risorse del Servizio Sociale Distrettuale per aver istituito un servizio che offre risposte anche alle numerose richieste pervenute da parte dell'Autorità giudiziaria.

OTTIMO

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Al fine di rilevare la soddisfazione dell'utenza ed il grado di efficacia del servizio è stato somministrato a tutti gli utenti del Centro per la Famiglia un questionario di Customer Satisfaction da compilarsi in forma anonima e da consegnare in una apposita scatola collocata nella sala d'attesa della struttura. È stato predisposto, inoltre, un modulo per reclami e suggerimenti da compilarsi sempre anonimamente e da imbucare nella suddetta scatola.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete si esplica attraverso la partecipazione nel servizio di figure professionali sanitarie – lo psicoterapeuta – ed il rafforzamento della rete tra i servizi sociali e l'azienda sanitaria in materia di prevenzione e cura del disagio minorile, genitoriale e familiare. In relazione, invece, alle necessità ricreative, ludiche e di inclusione sociale, si è lavorato in collaborazione con le realtà territoriali dell'associazionismo quali, gli scout, gli oratori ed alcune associazioni sportive. Tutti questi luoghi sono stati frequentati dai minori assistiti.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	34.000,00
Quota regionale:	€	34.000,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA 5

1. Titolo dell'Intervento

PROGETTO "MANEGGIARE CON CAUTELA"

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Il progetto "MANEGGIARE CON CAUTELA" prevede le seguenti linee d'intervento:

- Analisi del contesto e raccolta di materiale biografico.
- Somministrazione di questionari volti a rilevare le abitudini degli adolescenti presenti nel Distretto.
- Promozione di azioni di prevenzione e rafforzamento della consapevolezza dei rischi connessi all'uso di sostanze, soprattutto nella popolazione giovanile.
- Progettazione partecipata, con studenti della scuola secondaria, per la ristrutturazione della rete tra le famiglie, le agenzie sociali extrascolastiche e le istituzioni scolastiche.
- Informazione e formazione dei diversi attori dell'intervento (famiglie, agenzie educative, operatori dei servizi) sui rischi e i danni derivanti dalle sostanze stupefacenti, dall'alcol e da tabacco, per riconoscere precocemente i fattori di rischio;
- Coordinamento, concertazione ed integrazione degli interventi con i diversi attori presenti sul territorio: rete dei servizi socio – sanitari, scuole, associazionismo e privato sociale.

La metodologia applicata nell'intervento di prevenzione si muove su differenti attività che agiscono in spazi differenziati ma coordinati tra loro: Scuola – Strada – Luoghi di aggregazione informali .

Le attività che hanno riscontrato maggiore soddisfazione da parte dei gruppi target, oltre a quella nelle scuole, (adolescenti e adulti) sono state le *InfoChallenge*: **incontri informativi realizzati in una modalità innovativa**, sperimentata per la prima volta nel Progetto Maneggiare con Cautela, che riesce a coniugare la diffusione di sapere legato alla prevenzione dei rischi in adolescenza con il coinvolgimento e il divertimento, di gruppi misti (studenti, insegnanti, genitori ed operatori dei servizi socio sanitari).

Le **InfoChallenge sono state 4**. Gli incontri hanno toccato le seguenti tematiche: consumi di sostanze, sessualità, affettività e altri rischi correlati ai consumi senza sostanze – quali realtà virtuale e social media, disordini alimentari.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

- Sì
 No

Il Distretto RMG 3 vanta una continuità pluriennale, con solo alcune brevi interruzioni, rispetto agli interventi di contrasto alle dipendenze attraverso **progetti di prevenzione del disagio giovanile e dei consumi problematici di sostanze psicotrope legali ed illegali** – *My Generation, Trecentosessanta Gradi, PEER*, sono i nomi dei progetti realizzati negli ultimi anni. Il territorio si è dimostrato sempre molto sensibile al tema della prevenzione del disagio giovanile e soddisfatto del lavoro svolto, chiedendo che il servizio non venga interrotto. La richiesta perviene soprattutto dagli Istituti Scolastici.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Studenti di scuola secondaria primo e secondo grado.

8. Obiettivi dell'intervento

L'obiettivo generale del progetto è quello di **diffondere la cultura della prevenzione e stimolare, tra i giovani, la capacità di prendere decisioni coscienti e basate su informazioni adeguate, riguardo al proprio benessere psico-fisico e socio-relazionale, sostenendo e facilitando il passaggio di competenze ed informazioni all'interno del gruppo dei pari** (contesto privilegiato dai/dalle giovani per lo scambio e il confronto su questi temi).

La metodologia applicata nell'intervento di prevenzione si muove su differenti attività che agiscono in spazi differenziati ma coordinati tra loro: Scuola – Strada – Luoghi di aggregazione informali

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

Non presente.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Nessuno.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016

|_|_|

Nella annualità progettuale 2016, il progetto ha realizzato due percorsi informativi con le 6 classi individuate da due **Istituti Superiori di Tivoli**.

Dagli incontri in classe è stato aggregato un gruppo di studenti e studentesse soprattutto ragazze provenienti dalle classi 2°- 3°- 4° con cui si è realizzato un interessante **percorso educativo e formativo su tecniche e contenuti di comunicazione**.

Si è lavorato anche con 8 classi di scuola media, soprattutto sui rischi in ambiente digitale.

11. Utenza prevista anno 2017

|_|_|_|_|

Si stanno programmando gli interventi da proporre nelle scuole. Si cercheranno di coinvolgere almeno 3 scuole, e si lavorerà con i genitori di un centinaio di alunni delle classi medie.

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Se ci fossero più risorse si potrebbe intervenire in un numero più elevato di scuole.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

9. Personale coinvolto

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _

- Psicologi	_ 1	_ 2 7 6
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 1	_ 1 8 0
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Cooperativa Sociale Folias.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

“Maneggiare con cautela” – affidamento durata annuale da giugno 2017 a giugno 2018.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

- Sì
- No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Questionario di gradimento somministrato ai docenti delle classi interessate e agli alunni.

Riscontri sul lavoro dei peer leader rispetto ai compagni delle diverse classi.

Questionari di valutazione in ingresso e in uscita delle attività in classe.

Negli incontri Info Challenge questionari a tutti i partecipanti.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Ottimo

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

I questionari valutavano l'indice di consapevolezza del consumo di sostanze

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

La rete, raccolta all'interno di un comitato distrettuale, coinvolge le seguenti realtà: comune/distretto, asl: consultorio giovani, sert, scuole/cic, privato sociale, associazionismo, forze dell'ordine.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	18.072,46
Quota regionale:	€	18.072,46
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

L'importo totale del progetto sul contrasto alle dipendenze è pari ad € 52.321,46, ma comprende entrambi i progetti Step by Step e Maneggiare con Cautela.

MISURA/SOTTOMISURA 5

1. Titolo dell'Intervento

STEP BY STEP

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Lo Sportello Lavoro del Progetto Step by Step è un servizio specialistico di accoglienza e orientamento al lavoro per cittadini con problematiche legate a dipendenze patologiche, in carico ai servizi socio-assistenziali del Territorio. Ha due sedi: presso il comune di Tivoli e la delegazione di Bagni di Tivoli. Si accolgono cittadini e cittadine che, a vario titolo, incontrano difficoltà a sostenersi e ad affrontare una vita autonoma e dignitosa.

Il progetto prevede attività per il reinserimento in contesti professionali, il rafforzamento delle competenze e l'aggiornamento dei saperi, attraverso percorsi formativi in aziende private del territorio, laddove ci siano le risorse personali e ambientali che lo permettono.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

X Sì

No

Il servizio di orientamento e inserimento lavorativo rivolto a persone con problemi legati alle dipendenze patologiche e alcoldipendenti è attivo sul territorio da diversi anni, e ha dato riscontri positivi fin dalla sua prima attivazione. Le richieste che pervengono presso il Segretariato Sociale e le Assistenti Sociali del Distretto sono sempre numerose e ad ogni nuova annualità subiscono un incremento, dovuto agli inserimenti lavorativi avvenuti con successo, all'ottimale lavoro di rete svolto dagli operatori e al passa parola.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale X
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Tossicodipendenti o ex, in trattamento presso i SerT, in uscita da Comunità terapeutiche e/o di recupero, in carico presso i servizi Sociali, persone contattate da servizi di prevenzione ed unità di strada, alcolisti o ex, persone a rischio di dipendenza e/o alcoldipendenza.

8. Obiettivi dell'intervento

L'obiettivo generale del Piano è quello di favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, attraverso l'attività di orientamento lavorativo, con la formazione in azienda e avvicinando domanda e offerta di lavoro. Si prevede di raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- seguire in orientamento almeno n. 20 utenti del distretto appartenenti al target di riferimento;
- realizzare i tirocini di formazione in azienda favorendo il più possibile l'ottenimento del contratto a fine esperienza.
- incrementare la Banca dati delle aziende disponibili a tirocini (attualmente la BD conta più di 300 aziende disponibili su tutta la Provincia di Roma)

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro: SPORTELLO DI ORIENTAMENTO	1

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Locali del Comune di Tivoli capofila del progetto .

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Locali comunali c/o Via del Governo 5 - Tivoli, c/o Via Don Minzoni 9 - delegazione di Tivoli Terme.

10. Numero di accessi allo sportello nel 2016

|_|_|5|0|

20 sono state seguite in orientamento. Sono stati attivati 3 tirocini presso aziende di privati individuate dal Progetto, circa 500 sono state le offerte di lavoro individuate nelle attività del gruppo ricerca attiva del lavoro e diffuse tra i partecipanti al modulo di gruppo, alcuni dei tirocinanti sono stati richiamati a lavorare

nelle aziende presso le quali avevano svolto il tirocinio, altre persone hanno dichiarato di aver trovato lavoro durante il percorso di ricerca.

11. Utenza prevista anno 2017 (accesso allo sportello) |_|_|5|0|

22 sono gli utenti seguiti in orientamento, 3 sono gli utenti avviati in tirocinio.

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

L'orientamento al lavoro richiede molte ore da dedicare a ciascun utente, pertanto il servizio non riesce a rispondere contemporaneamente a tutti gli utenti negli orari di ricevimento, perché le richieste di supporto alla ricerca attiva del lavoro sono davvero tante. Nel progetto si era stimato di accogliere circa 70 persone, ma l'utenza che ha richiesto

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: c.a. 30 persone.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ 1	_ 2 4 0
- Psicologi	_ 1	_ 5 4 0
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ 1	_ 9 6 0
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Mediatori culturali |__| |__|__|__|
- Altre figure |__| |__|__|__|

Le ore sono proporzionalmente distribuite agli operatori dalla Cooperativa appaltante in base alle attività dei 2 progetti concernenti il finanziamento regionale sulle dipendenze.

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito x
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Folias Società Cooperativa Sociale.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

“Step by Step” – affidamento durata annuale da giugno 2017 a giugno 2018.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Sì

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Incontri di supervisione, report mensili e valutazione partecipata attraverso riunioni di rete.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Vengono effettuati rientri di gruppo con gli utenti dai quali emerge un livello molto buono.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

La costanza nella partecipazione alle attività e i risultati rispetto alle persone che hanno trovato lavoro a seguito del percorso di orientamento o del tirocinio.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No X

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

L'équipe del servizio ha sempre lavorato con un approccio di piena integrazione professionale tra i servizi socio/sanitari del territorio, operando in rete e in stretta collaborazione con i referenti dei servizi sociali dei comuni del Distretto e dei servizi sanitari della ASL (SerT e CSM).

Il Progetto si impegna inoltre ad essere una risorsa per il territorio e per le aziende, ponendosi come struttura di collegamento tra i bisogni del mercato e la necessità di formare nuova occupazione, in collaborazione con i Servizi per l'Impiego e favorendo la realizzazione di interventi di cooperazione e responsabilità sociale.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	34.249,00
Quota regionale:	€	34.249,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

L'importo totale del progetto sul contrasto alle dipendenze è pari ad € 52.321,46, ma comprende entrambi i progetti Step by Step e Maneggiare con Cautela.

MISURA 6 SOTTOMISURA 6.1

1. Titolo dell'Intervento

INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO FINALIZZATI AL CONTRASTO ALLA POVERTA' E ALL' ESCLUSIONE SOCIALE

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

X In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

X Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Gli interventi si concretizzano sotto forma di sostegni finanziari, quali contributi economici ad integrazione del reddito familiare, per servizi scolastici, contributi per servizi alla persona, per utenze domestiche. Possono, altresì, prevedere sostegni attivi collegati all'avvio di percorsi per un possibile inserimento e/o reinserimento lavorativo o per sostenere situazioni contingenti di riduzione di impegno lavorativo

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

X No

Se sì, descrivere gli strumenti e i risultati della rilevazione del bisogno e i criteri applicati per l'individuazione dell'utenza

Non è stata effettuata nessuna rilevazione sistematica ma dal Segretariato Sociale e dalle Assistenti Sociali pervengono numerosi riscontri delle molteplici situazioni in essere di medio o grave disagio economico.

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

I destinatari degli interventi sono tutti coloro che sono residenti nei comuni facenti parte del distretto, sia essi cittadini italiani e/o stranieri legalmente soggiornanti.

8. Obiettivi dell'intervento

Gli interventi hanno l'obiettivo di ridurre in maniera attiva, le situazioni di povertà ed esclusione sociale. Programmare servizi e interventi di contrasto alla povertà vuol dire quindi tenere conto delle varie dimensioni della povertà e avviare azioni in grado di sostenere il mantenimento e/o il recupero di stati di ben-essere raggiunti o perduti promuovendo le abilità sociali individuali e della comunità.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

Non presente.

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Nessuno.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016 | 5 | 5 | 2 |

11. Utenza prevista anno 2017 | 6 | 0 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Trattasi di un contributo che fornisce un sollievo temporaneo ma non risolve le serie problematiche in cui versano molti dei richiedenti.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

x No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Sì

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ 2	_ _ _ _
- Assistenti sociali	1 3	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ 1	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_	_ _ _ _

Le ore degli operatori includono il tempo di allestimento degli atti amministrativi e le sedute di commissione di valutazione, pertanto non è possibile quantificarle in maniera esatta.

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Comune di Tivoli.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Regolamento distrettuale disciplinante l'erogazione degli interventi.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

Se sì, specificare Enti attuatori, soggetti erogatori, l'eventuale esistenza di un coordinamento operativo con l'intervento distrettuale

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Quando la commissione si riunisce valuta anche la qualità del servizio erogato in base a quanto emerge nelle dinamiche di richiesta e accesso al contributo da parte degli utenti.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

L'utente apprezza l'iniziativa.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio Non sono previsti al momento strumenti di verifica.

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Caritas, Parrocchie, Croce Rossa, Associazioni di volontariato non profit.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	42.673,30
Quota regionale:	€	42.673,30
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 6.2

1. Titolo dell'intervento

Contrasto al disagio abitativo.

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

Contributi economici ad integrazione totale o parziale del canone di affitto previsto da regolare contratto, in caso di grave difficoltà a sostenerne il pagamento.

Contributi economici per il pagamento di depositi cauzionali, anticipi per la stipula di contratti, attivazioni nuove utenze e simili.

Ospitalità temporanea presso strutture ricettive in situazioni contingenti non prevedibili e non risolvibili diversamente, per un periodo di tempo definito.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Sì

No

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Persone residenti nel territorio del distretto RM5.3, appartenenti a nuclei familiari i cui componenti:

- non siano titolari di diritti di proprietà, usufrutto, uso e abitazione su territorio nazionale, e che non abbiano ottenuto l'assegnazione di alloggi di edilizia popolare;

- in cui nessun componente abbia occupato abusivamente un immobile, né sia destinatario di provvedimenti di sfratto;
- intestatari di contratti di locazione di immobili ad uso abitativo regolarmente registrati;
- con ISEE del nucleo familiare di valore non superiore a € 10.000.

8. Obiettivi dell'intervento

- Evitare situazioni di criticità economica che possano portare alla determinazione ed esecuzione di provvedimenti di sfratto;
- favorire e supportare l'autonoma ricerca di una sistemazione abitativa per i nuclei familiari con difficoltà economiche;
- fronteggiare situazioni contingenti gravi ed improvvise che rendano necessaria un'immediata ospitalità.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

<input type="checkbox"/> Gruppo appartamento	—
<input type="checkbox"/> Casa famiglia	—
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio	—
<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza	—
<input type="checkbox"/> Casa di riposo	—
<input type="checkbox"/> Casa albergo	—
<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____)	—
<input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	—

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016 | _ | _ | 2 | 5 |

11. Utenza prevista anno 2017 | _ | _ | 5 | 0 |

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

Al momento non ci sono dati aggiornati sul fabbisogno.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

Si

No

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Si

No

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ _	_ _ _ _
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (specificare _____)	_ _	_ _ _ _

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito

- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

Non presente.

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Si

No

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

Il controllo della qualità viene rilevato al momento in cui l'utente torna al Servizio Sociale e rilascia il suo parere sull'intervento ricevuto.

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

Al momento non rilevato.

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Colloquio informale sull'incidenza dell'intervento ricevuto..

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Nel 2016 è stato istituito un tavolo tematico dell'Area Disagio Socio-economico e Inclusione Sociale che riunisce i servizi sociali dei Comuni del distretto, i Consultori Familiari, le scuole, le associazioni del terzo settore.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	175.349,00
Quota regionale:	€	175.349,00
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

MISURA/SOTTOMISURA 6.3

1. Titolo dell'Intervento

Provvidenze per i disagiati psichici.

2. Continuità dell'intervento

Nuovo

In continuità con servizio già attivato

3. Tipologia di servizio

LEPS

Altri Servizi _____ (specificare)

4. Descrizione delle attività e delle prestazioni

L'erogazione di provvidenze economiche a favore di persone con sofferenza psichica, assistite dal Centro di Salute Mentale, è parte integrante del programma terapeutico - riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale del paziente ed è in raccordo con le attività e gli interventi svolti dai Servizi Sociali degli Enti Locali e del Terzo Settore. L'equipe del CSM che ha in cura il paziente formula, su domanda del cittadino, la proposta di concessione della provvidenza economica con motivata relazione socio sanitaria. Si elencano le diverse tipologie di assegni terapeutici previsti nel R.R. n. 1/2000 e s.m.i.:

- assegni straordinari e di emergenza temporanea

hanno carattere di urgenza e sono finalizzati a fronteggiare situazioni eccezionali in particolare per agevolare l'avvio del processo terapeutico/sociale, in attesa dell'assegnazione dell'assegno ordinario; dette provvidenze di emergenza sono concesse indipendentemente dalla valutazione della situazione economica dell'assistito e del suo nucleo familiare ISEE (art. 5 comma 1 del R.R. n.1/2000 e s.m.i.).

- assegni di reinserimento sociale:

Sono finalizzati al reinserimento sociale o alla deistituzionalizzazione dell'assistito ed è proposto nei casi in cui l'utente non disponga di mezzi economici e di un valido supporto familiare. Questo tipo di provvidenza è finalizzata soprattutto a sostenere la partecipazione dei pazienti ai seguenti ambiti previsti nei vari progetti terapeutici individuali:

- inserimenti formativi/risocializzanti presso Libera Università LUIG e Associazione Culturale "Vincenzo Pacifici", centri di aggregazione sociale e culturale esistenti nel territorio, centri di formazione professionale;
- tirocini di inclusione sociale ai sensi della DGR n. 511/2013, tirocini formativi ai sensi della L. 142/98 e progetti socioeducativi in collaborazione con il C.P.I. di Tivoli in qualità di soggetto promotore e con lo Sportello di Orientamento al Lavoro del Comune di Tivoli. Tali progetti vedono il coinvolgimento di

numerosi soggetti territoriali: aziende, imprese private, cooperative, attività commerciali, associazioni, ecc.

- attività risocializzanti : Progetto di Pet Therapy in collaborazione con una associazione cinofila presente sul territorio, volontariato presso associazioni presenti sul territorio, ecc.
 - sostegno abitativo, l'assegno può essere utilizzato per contribuire alle spese per l'alloggio sia per utenti in dimissione dalle strutture residenziali, sia a sostegno di progetti di autonomia abitativa in generale;
- assegno ordinario:

viene concesso per operare un sostegno economico con finalità terapeutica, come ad esempio:

coinvolgimento del paziente non collaborativo al progetto clinico/terapeutico; sostegno economico ai pazienti con gravi patologie e in situazioni di estremo disagio economico/sociale; condizioni che rischiano di compromettere la partecipazione dei medesimi ai progetti terapeutici.

5. La fase di progettazione dell'intervento è stata preceduta dalla rilevazione del bisogno?

Si

No

Se sì, descrivere gli strumenti e i risultati della rilevazione del bisogno e i criteri applicati per l'individuazione dell'utenza

6. Bacino di utenza

- Sovradistrettuale
- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

7. Tipologia di utenza

Persone adulte con disagio psichico residenti nel distretto RM5.3.

8. Obiettivi dell'intervento

Questi interventi sono fondamentali per accrescere l'efficacia degli interventi terapeutici ambulatoriali, limitare lo stigma nei confronti degli utenti e fronteggiare le gravi situazioni di isolamento sociale attraverso il coinvolgimento partecipativo alle attività del territorio. Gli obiettivi primari sono quelli di favorire l'integrazione sociale nel territorio e per quanto possibile l'esigibilità di un "diritto di cittadinanza" per troppo

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

tempo negato ai pazienti portatori di disagio psichico, disincentivando al contempo il ricorso a ricoveri sanitari impropri a cui il paziente è spesso tentato di ricorrere in caso di temporaneo disagio socio-economico.

9. Tipologia struttura

capacità di accoglienza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gruppo appartamento | — |
| <input type="checkbox"/> Casa famiglia | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità alloggio | — |
| <input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza | — |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | — |
| <input type="checkbox"/> Casa albergo | — |
| <input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziali (specificare _____) | — |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) | — |

9.1 Atto/i di autorizzazione al funzionamento della struttura ai sensi della L.R. n. 41/2003

Non presente.

9.2 Denominazione e indirizzo della struttura

Non presente.

10. Numero utenti nel 2016 |_|_|4|5|

11. Utenza prevista anno 2017 |_|_|5|0|

12. In quale percentuale l'intervento risponde al fabbisogno rilevato?

80%.

12.1 Esistenza di una lista di attesa.

- Sì
 No

Se sì, quantificare il numero di utenti in attesa: _____.

12.2 Esistenza di un graduatoria distrettuale/sovradistrettuale

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Sì

No

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta.

13. Ore uomo previste per l'attuazione dell'intervento su base annuale, ripartite per operatori coinvolti

	n.	h.
- Amministrativi	_ _	_ _ _ _
- Assistenti sociali	_ 1	_ 5 2 0
- Sociologi	_ _	_ _ _ _
- Psicologi	_ _	_ _ _ _
- Pedagogisti	_ _	_ _ _ _
- Educatori professionali	_ _	_ _ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _	_ _ _ _
- Volontari	_ _	_ _ _ _
- Mediatori culturali	_ _	_ _ _ _
- Altre figure (Referenti Clinici CSM – Medici - Psicologi dei singoli pazienti per la stesura congiunta - Referente Clinico - Referente Sociale della relazione socio sanitaria di proposta di Concessione dell'assegno terapeutico da inoltrare in seguito alla Commissione Sussidi Dipartimentale D.P.)	_ 6 _ 1 0 4	

14. Ente attuatore

- Ente capofila del Distretto/Ambito
- Altro Comune del Distretto (specificare _____)

15. Soggetto erogatore del servizio

ASL Roma 5 - DSMDP – CSM di Tivoli - via Domenico Giuliani, 4.

15.1. Titolo giuridico e durata dell'affidamento del servizio

16. Presenza nel territorio distrettuale di altri affidamenti per la medesima tipologia di intervento

Sì

X No

Se sì, specificare Enti attuatori, soggetti erogatori, l'eventuale esistenza di un coordinamento operativo con l'intervento distrettuale

17. Con quali strumenti viene verificata la qualità del servizio?

A livello individuale: in base alla rispondenza delle esperienze nell'ambito dei progetti terapeutici individuali elaborati dalle equipe del CSM, alla partecipazione attiva degli utenti ai tirocini di inclusione sociale DGR 511/2013, ai corsi di formazione e alle attività in generale, individuate sul territorio, per lo svolgimento dei progetti terapeutici individuali.

A livello di sistema: a cadenza mensile l'equipe curante (referente clinico - referente sociale) valuta la rispondenza della provvidenza erogata rispetto all'andamento del progetto terapeutico. Nel caso di assegno di reinserimento sociale, a fronte di progetto socio – formativo - lavorativo realizzato con il concorso di altre strutture e agenzie del territorio si procede ad una verifica congiunta con gli operatori di tali enti. La verifica viene effettuata a cadenza variabile a seconda delle problematiche emergenti. Si prevedono, inoltre periodiche riunioni con gli operatori del distretto coinvolti nei progetti (Servizi Sociali dei Comuni, referente sociale dell'equipe CSM, rappresentanti CPI di Tivoli, Sportello Orientamento Tivoli e Terzo settore in generale).

17.1 Se rilevato, indicare il grado di soddisfazione media degli utenti

(insufficiente, sufficiente, buono, ottimo)

18. Descrivere gli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia del servizio

Viene effettuata nel corso delle riunioni di Servizio del CSM e nel corso degli incontri della Commissione Provvidenze Economiche DSMDP una valutazione del progetto svolto con particolare attenzione ai seguenti punti:

- per gli assegni di reinserimento sociale si analizza il grado di partecipazione degli utenti alle attività di reinserimento sociale (risocializzanti/formative/lavorative);
- per gli assegni ordinari: si valuta la *compliance* nell'assunzione della terapia e la presenza alle visite presso il CSM, soprattutto nei casi di pazienti in condizioni di grave disagio socio economico in carico anche al Servizio Sociale del Comune di residenza;
- per la platea degli utenti nel suo complesso: si effettua una valutazione del numero di ricoveri in SPDC, Cliniche convenzionate, strutture riabilitative rispetto all'anno precedente;

19. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente



Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

- Sì, parzialmente
- No

20. Nell'elaborazione dell'intervento, quali Enti, Istituzioni, Associazioni del terzo settore, etc. sono stati coinvolti e secondo quali modalità?

Il coinvolgimento avviene attraverso le seguenti modalità:

1) in ottemperanza al R.R. n. 1/2000, la proposta di concessione degli assegni ordinari e di reinserimento sociale, da parte delle equipe referenti del CSM, è concertata con i Servizi Sociali dei Comuni di residenza dei pazienti. Tali comuni fanno riferimento al Distretto Socio Sanitario Roma 5.3;

2) a cadenza trimestrale attraverso le convocazioni della riunione della Commissione per le provvidenze economiche DSMDP istituita, ai sensi del R.R. n. 1/2000, presso la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASLRoma5 (deliberazione ASL RMG n. 724 del 06.09.2002). A detta riunione è prevista la partecipazione dell'Assistente Sociale del Centro di Salute Mentale ASL Roma5.3 Tivoli e dell'Assistente Sociale del Comune di Tivoli - Capofila Distretto Roma 5.3. La Commissione DSMDP è convocata non meno di tre volte l'anno presso la Direzione DSMDP ASL Roma5 ed è presieduta dal Direttore DSMDP o suo delegato;

3) partecipazione del Servizio Sociale CSM alle riunioni periodiche con assistenti sociali del Comune di Tivoli con lo Sportello di Orientamento al lavoro del Comune di Tivoli e CPI.

21. Risorse finanziarie

Costo totale intervento:	€	88.605,02
Quota regionale:	€	88.605,02
Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):	€	0,00

Progetti correlati al Piano sociale di Zona – Distretto di Tivoli

❖ Progetto sperimentale distrettuale in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità

- Presentato a novembre 2016
- Finanziato da 80.000 € del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 20.000 € dalla Regione Lazio area politiche per l'inclusione. Totale finanziamento già erogato in gennaio 100.000 €
- Finanziati solo 5 distretti in tutta la Regione Lazio

Obiettivi del progetto sperimentale:

- Finalità principale è l'inclusione della società delle persone disabili, l'obiettivo è garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità realizzando programmi di aiuto alla persona personalizzati sul bisogno reale. Promuovendo l'autodeterminazione, la partecipazione dell'utente e della sua famiglia e la libertà di scelta.

Il finanziamento è suddiviso nel seguente modo:

Macro aree di intervento:

- 1) utilizzo di assistente personale 20 % (10.000 € per assistenza al domicilio, 10.000 € per progetti di inclusione sociale e relazionale)
- 2) abitare in autonomia – progetti di co-housing con educatore professionale per un numero massimo di 20 utenti – 50 % (10.000 € spese personale, 40.000 € spese locazione, arredi, utenze, ...)
- 3) inclusione sociale e relazionale 10% (attività culturali e relazionali, pagamento attività e personale specializzato)
- 4) trasporto sociale – 20%

❖ SIA – Sostegno Inclusione Attiva

Il Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) è una misura di contrasto alla povertà che prevede l'erogazione di un **sussidio economico** alle famiglie in condizioni economiche disagiate nelle quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata.

Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente dovrà aderire ad un **progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa** sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.

Il progetto viene costruito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni e coinvolge tutti i componenti, instaurando un **patto tra servizi e famiglie** che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni. Le attività possono riguardare i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la

prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo è aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

Entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione delle domande, i **Comuni inviano all'Inps le richieste** di beneficio in ordine cronologico di presentazione, indicando il codice fiscale del richiedente e le informazioni necessarie alla verifica dei requisiti.

Entro tali termini svolgono i controlli ex ante sui requisiti di cittadinanza e residenza e verificano che il nucleo familiare non riceva già trattamenti economici locali superiori alla soglia (600 euro mensili).

Entro i successivi 10 giorni l'Inps:

controlla il requisito relativo ai trattamenti economici (con riferimento ai trattamenti erogati dall'Istituto), tenendo conto dei trattamenti locali autodichiarati; controlla il requisito economico ($ISEE \leq 3000$) e la presenza nel nucleo di un minorenni o di un figlio disabile;

attribuisce i punteggi relativi alla condizione economica, ai carichi familiari, alla condizione di disabilità (utilizzando la banca dati ISEE) e alla condizione lavorativa e attribuisce un punteggio;

in esito ai controlli, trasmette ai Comuni l'elenco dei beneficiari e invia a Poste italiane (gestore del servizio Carta SIA) le disposizioni di accredito, riferite al bimestre successivo a quello di presentazione della domanda.

I Comuni verificano nelle modalità ordinariamente previste dalla disciplina vigente (articolo 71 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa, D.P.R. 445/2000) il possesso dei requisiti autocertificati dai richiedenti, tenuto conto dei controlli già effettuati dall'Inps oltre che dai Comuni medesimi nella fase istruttoria.

Il beneficio è concesso bimestralmente e viene erogato attraverso una Carta di pagamento elettronica (Carta SIA)

Requisiti del richiedente:

cittadino italiano o comunitario o suo familiare titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

residente in Italia da almeno 2 anni;

Requisiti familiari: presenza di almeno un componente minorenni o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata (nel caso in cui sia l'unico requisito familiare posseduto, la domanda può essere presentata non prima di quattro mesi dalla data presunta del parto e deve essere corredata da documentazione medica rilasciata da una struttura pubblica);

Requisiti economici: ISEE inferiore o uguale a 3mila euro;

Non beneficiare di altri trattamenti economici rilevanti: il valore complessivo di altri trattamenti economici eventualmente percepiti, di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale, deve essere inferiore a euro 600 mensili;

Non beneficiare di strumenti di sostegno al reddito dei disoccupati: non può accedere al SIA chi è già beneficiario della NASPI, dell'ASDI o altri strumenti di sostegno al reddito dei disoccupati;

Assenza di beni durevoli di valore: nessun componente deve possedere autoveicoli immatricolati la prima volta nei 12 mesi antecedenti la domanda oppure autoveicoli di cilindrata superiore a 1.300 cc o motoveicoli di cilindrata superiore a 250 cc immatricolati nei tre anni antecedenti la domanda.

❖ **Insieme Dopo Di Noi**

Con la D.G.R. n. 136 del 25 marzo 2014, la Regione Lazio, si pone l'obiettivo di potenziare l'offerta di servizi residenziali dedicati alla disabilità nell'ambito della programmazione distrettuale, attraverso la definizione nel Sistema dei Piani di Zona, della sottomisura 1.3 "Insieme dopo di noi" che finanzia gli interventi per l'ampliamento della rete delle Case Famiglia del "Dopo di noi" attraverso l'apertura di nuove strutture distrettuali destinate al mantenimento e all'assistenza di soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari.

Al Comune di Tivoli, quale capofila, è stato destinato l'importo di € 280.000,00 per l'avvio ed il funzionamento di nuove strutture residenziali a valenza distrettuale nell'Ambito Ottimale Roma 5, che diano accoglienza alle persone adulte con disabilità e sostegno alle famiglie.

In ragione del finanziamento è stato indetto dal Capofila, un bando che ha interessato tutto l'Ambito ottimale della asl RM5, rivolto ai 6 Distretti territoriali che lo compongono, per il reperimento delle candidature supportate da una proposta progettuale, destinate ad avviare l'apertura sul proprio territorio di strutture distrettuali destinate al mantenimento e all'assistenza di soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari.

In risposta all'avviso pubblico hanno presentato la propria candidatura il Comune di Tivoli in nome e per conto del distretto RM 5.3 e il Distretto RM 4 con il Comune di Olevano capofila.

A seguito dell'esamina delle proposte progettuali, ad opera di una apposita Commissione all'uopo costituita, nella graduatoria risulta collocato al primo posto il Distretto RM 5.3.

I risultati del lavoro della Commissione sono stati rimessi alla Regione Lazio, che dovrà formalizzare l'aggiudicazione definitiva.

❖ **P.I.P.P.I.**

Il progetto P.I.P.P.I. rappresenta un Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione del minore.

Nasce nel 2010 in collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e l'Università di Padova, in ottemperanza alla L.285/1997, 328/2000 e 149/2001, che propone linee di azione nell'accompagnamento della genitorialità vulnerabile in modo da tutelare il minore (ad ogni bambino il suo progetto) e allo stesso tempo sostenere la genitorialità in un'ottica di prevenzione dell'istituzionalizzazione.

Tale Programma persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie "negligenti", con le quali viene stipulato un vero e proprio patto educativo con il fine di ridurre il rischio di maltrattamento ed il conseguente allontanamento dei minori dalla propria

famiglia. L'obiettivo primario è quello di accrescere la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo psico-fisico.

P.I.P.P.I. prevede la formazione obbligatoria: il Comune di Tivoli, ha partecipato al corso di 23 ore che si è tenuto nel mese di maggio 2017 a Roma e le assistenti sociali individuate come coach, hanno effettuato il corso e le esercitazioni obbligatorie on line.

Tutto il Programma prevede un piano di intervento da attuare secondo tempi ben precisi e che comprende l'individuazione di 10 famiglie target entro il mese di settembre 2017; l'effettuazione del pre assessment e presentazione del progetto alle famiglie coinvolte.

L'avvio del progetto con le famiglie individuate è previsto entro ottobre/novembre 2017.

Gli steps successivi prevedono:

- il monitoraggio del progetto delle singole famiglie della durata di un anno, attraverso l'utilizzo di strumenti appositi di misurazione quali Questionari e MDB (Mondo del Bambino).

- l'individuazione di tre figure professionali del progetto, 2 coaches che avranno il compito di costituire le Equipe Multidisciplinari (EEMM) composte dall'assistente sociale referente del caso e almeno altri tre professionisti di altre discipline ed Istituzioni;
 - la partecipazione alle EEMM e l'individuazione di un Case Manager, oltre all'inserimento on line e la supervisione dei progetti delle singole famiglie;
 - la partecipazione ai tutoraggi periodici che organizzerà l'Università di Padova;
 - l'individuazione di un referente territoriale che avrà il compito di mantenere i contatti tra le Istituzioni e i Soggetti coinvolti);
- la ricerca delle famiglie di appoggio previste dal Programma;
- la creazione di una rete territoriale utile alla progettualità (asl, medici di base, pediatri, scuole, associazionismo).

❖ Home Care Premium 2017

Il progetto Home care Premium 2017 si concretizza nell'erogazione da parte dell'INPS di interventi assistenziali in favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari, che versano in condizione di non autosufficienza.

Per il raggiungimento delle finalità del progetto è previsto con il coinvolgimento di Ambiti Territoriali Sociali e/o Enti pubblici, che vogliano prendere in carico i soggetti non autosufficienti residenti nei propri territori. A tale riguardo il Comune di Tivoli in qualità di capofila del distretto Roma 5.3 ha aderito, per la terza annualità all'avviso pubblico indetto dall'Istituto, con la sottoscrizione della relativa Convenzione.

Il progetto Home Care Premium 2017, è stato avviato nel luglio 2017, ha la durata di 18 mesi e prevede una forma di intervento "mista", con il coinvolgimento diretto, sinergico e attivo della famiglia, di soggetti pubblici e delle risorse sociali del cosiddetto "terzo settore". Il programma si concretizza nell'erogazione da parte dell'Istituto di contributi economici mensili, c.d. **prestazioni prevalenti**, in favore di soggetti non autosufficienti, maggiori d'età e minori, che siano disabili e che si trovino in condizione di non autosufficienza, per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare.

Questa parte del progetto prevede rapporti diretti ed esclusivi tra il beneficiario e i suoi familiari e l'INPS.

Ad integrazione della prestazione prevalente, a ciascun beneficiario possono essere riconosciute **una o più prestazioni integrative**, con costi a carico dell'Istituto, ma con la gestione dell'intera pianta progettuale a carico dei Comuni.

In base alla graduatoria nazionale, delle numerose domande accolte, 34 sono i beneficiari assegnati all'ambito territoriale sociale (ats) di Tivoli.

Di coloro che beneficiano delle prestazioni integrative, 16 beneficiari usufruiscono di ore di sollievo, 15 beneficiari usufruiscono di ore di oss e 3 beneficiari usufruiscono di ore di assistenza educativa

Per ciascuno di essi è stato elaborato un piano assistenziale per il rilevamento del bisogno di assistenza. I dati raccolti sono stati inseriti nella piattaforma predisposta dall'Ente. I dati vengono incrociati con altri dati

dell'interessato e alla loro elaborazione, corrisponde un punteggio e un budget spendibile in prestazioni fornite da assistenti familiari, operatori socio sanitari ed educatori.

Per ciascun utente le referenti del progetto hanno seguito l'inserimento della domanda in piattaforma e l'iter della domanda per tutta la durata del progetto. Quest'ultimo presenta carattere estremamente flessibile, consentendo al beneficiario di aggiornare i dati relativi alla propria condizione psico-fisica e di modificare la propria scelta, in funzione di essi.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Il progetto HCP 2017 è definito “aperto” in quanto consente a ciascun soggetto che ne detenga i requisiti, di presentare la domanda in qualsiasi momento del periodo di durata del progetto e di essere inseriti, qualora si sia riconosciuti idonei, in una graduatoria nazionale.

La flessibilità e la possibilità di intervenire in ogni momento sulla piattaforma, rappresentano caratteristiche uniche e necessarie per un progetto che ha l'intento di attenuare la condizione di non autosufficienza di coloro che ne usufruiscono.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Quadro economico generale per ciascuna misura

MISURE/SOTTOMISURE	Massimale D.G.R. n. 136/2014 e successive integrazioni	Compartecipazione	Totale Misura
1 - Servizi Essenziali (include Ufficio di Piano e Altri Servizi)	€ 1.163.687,00	€ 40.000,00	€ 1.197.687,00
1.2 - Ufficio di Piano	€ -	€ 124.038,20	€ 124.038,20
1.3 - Insieme dopo di noi	€ -	€ 0,00	€ -
2 - Piani Piccoli Comuni	€ 254.492,66	€ 0,00	€ 254.492,66
3.1 - Interventi l.r. 20/2006	€ 116.757,48	€ 0,00	€ 126.756,68
3.2 - Non autosufficienza (disabilità gravissima, compresa SLA)	€ 210.780,73	€ 0,00	€ 210.780,73
3.3 - Interventi sovradistrettuali a favore di soggetti affetti da Alzheimer	€ 613.840,02	€ 0,00	€ 613.840,02
4.1 - Affidamento familiare	€ 102.525,00	€ 0,00	€ 102.525,00
4.2 - Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare	€ 179.419,00	€ 0,00	€ 179.419,00
4.3 - Interventi per la tutela dei minori	€ 34.071,00	€ 0,00	€ 34.071,00
5 - Contrasto alle dipendenze	€ 52.321,46	€ 0,00	€ 52.321,46
6.1 - Contrasto alle povertà	€ 42.673,30	€ 0,00	€ 42.673,30
6.2 - Contrasto al disagio abitativo	€ 175.349,00	€ 0,00	€ 175.349,00
6.3 - Interventi per disagiati psichici	€ 88.605,02	€ 0,00	€ 88.605,02
TOTALI	€ 3.034.521,67	€ 164.038,20	€ 3.202.559,07

Conclusioni

La programmazione del **Piano Sociale di Zona** è espressione della consapevolezza maturata negli anni della governante locale, intesa come l'ambito di attività finalizzato alla gestione condivisa e partecipata del processo di costruzione, attuazione e valutazione del ciclo di vita di un Piano Sociale di Zona. Il sistema locale di welfare è elemento fondamentale su cui riflettere per effettuare una valutazione approfondita ed efficace sulle politiche e programmi territoriali. Con l'esperienza dei Piani di Zona attuati dal 2014 ad oggi, a seguito dei cambiamenti programmatici introdotti con la L.136/2014. La programmazione attuale è frutto dell'elaborazione dei dati e delle informazioni raccolte in questi anni anche attraverso azioni di coordinamento e di verifica che hanno reso più efficace ed efficiente l'integrazione tra il "sociale" e il "sanitario", e della collaborazione con l'associazionismo locale e terzo settore. Negli ultimi anni si è registrato infatti non solo l'approfondirsi della crisi economica, sociale e finanziaria ma anche l'avanzare di nuove consapevolezze in relazione alla necessità di innovare nel metodo oltre che nel merito l'impianto del sistema di welfare.

L'esigenza di dare piena attuazione al Piano di Zona impone una più efficiente azione di coordinamento e di supervisione delle azioni e anche il pieno coinvolgimento di tutti gli attori presenti sul territorio, stimolandone le responsabilità verso il conseguimento del benessere della comunità locale sia sul piano progettuale, sia sul piano della distribuzione delle risorse. I vantaggi che derivano da una più estesa partecipazione dei soggetti del terzo settore e, più in generale, delle organizzazioni della società civile locale, sono considerevoli. A tal riguardo, l'Ufficio di Piano deve porsi verso queste realtà come un adeguato ed attendibile riferimento istituzionale.

Il Distretto sociosanitario di Tivoli, con il Piano di Zona annualità 2017, intende continuare su questo percorso cercando di migliorare e correggere le proprie linee di intervento per adeguarle sempre di più alla configurazione sociale del proprio territorio, le cui dinamiche sono in continuo divenire.

La conoscenza del territorio, nei suoi molteplici aspetti, non può mai definirsi esaustiva e definitiva; eppure, rappresenta una condizione imprescindibile per razionalizzare le risorse (umane, strumentali e finanziarie) di cui il territorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli dispone; evitare sprechi o diseconomie; ideare, organizzare e gestire servizi che soddisfino al meglio le esigenze della cittadinanza. Un'operazione questa che non ci sembra possibile senza condividere con la ASL locale RM 5.3 uno stesso *sistema informatico* e di trattamento dei dati.

Per quanto riguarda la capacità di soddisfare al meglio le esigenze della cittadinanza, il Distretto Sociosanitario di Tivoli, ha finora sperimentato positivamente una serie di servizi che vanno in questa direzione.

Le innovazioni organizzative, operative, gestionali e di sistema del Distretto

L'esperienza di gestione del Piano Sociale di Zona nell'ambito del Distretto Sociosanitario di Tivoli ha fatto emergere la consapevolezza che, senza un adeguato sistema informativo, diventa difficile elaborare *strategie organizzativo-programmatiche* nel campo del *welfare locale*. E' necessario che il processo di programmazione sia basato sui dati di conoscenza della realtà, tali da consentire un welfare in cui la spesa sociale sia un investimento sulle capacità delle persone, sulle risorse e sulla comunità, sulle competenze e risorse dei diversi attori del territorio.

Rispetto alle modalità di pensare-programmare dei Piani di zona pregressi, oggi occorre allargare i confini del welfare con l'integrazione tra le politiche sociali e le altre politiche di welfare locale quali casa, lavoro politiche educative giovanili politiche di cittadinanza.

Obiettivo principe è

- programmare/gestire insieme: Il Distretto e con esso i Comuni che lo costituiscono individuano e incrementano forme di spesa sociale garantendo maggiore omogeneità ed equità;

- co-progettare in un sistema dinamico: generare nuove risorse corresponsabilizzando i cittadini e le realtà della società civile, con una partecipazione attiva e continuativa di vari attori del sistema welfare pubblico e privato.

Piano Sociale di Zona. Annualità 2017

Quadro riepilogativo per lo spostamento di quote di risorse da una misura del piano sociale di zona ad un'altra					
MISURA 1.1 E 1.2 SERVIZI ESSENZIALI					
Elenco interventi	Vecchio Massimale 2016	NUOVO MASSIMALE 2017	Integrazioni cofinanziamenti^e	Note	Totali
Ufficio di Piano	€ -	€ -	124.038,20		
Grave Disabilità. L.162/98	€ 81.187,00	€ 91.187,00	i contributi all'utenza ammontano ad € 38,000		
Segretar. Sociale	€ 10.000,00	€ 12.500,00			
Infanzia, famiglia e società L.285	€ 190.000,00	€ 184.000,00			
Assistenza Domiciliare Distrettuale	€ 532.000,00	€ 582.000,00	€ 40.000,00	compartecipazione	€ 622.000,00
Servizio Soc. Profess. Comuni al di sopra dei 2000 abitanti	€ 88.000,00	€ 90.000,00			
Centro per la famiglia	€ 59.612,20	€ 84.000,00	€ 34.000,00	mis 4,3	€ 118.000,00
Centro diurno disagiati psichici	€ 70.000,00	€ 70.000,00			
Centro diurno diversamente abili	€ 50.000,00	€ 50.000,00			
	€ 1.080.799,20	€ 1.163.687,00		€ 34000,80 PRESI DALLA MISURA 2	€ 28.887,00
PUA		€ 73.000,00			
MISURA 2					
Elenco interventi	Vecchio Massimale 2016	NUOVO MASSIMALE 2017			
Counseling sociopedagogico	€ 95.000,00	€ 102.000,00			
Servizio Soc. Profess. - Segretar. Sociale piccoli comuni	€ 154.000,00	€ 113.000,00			
Assistenza riabilitativo sociale malati psichiatrici	€ 39.493,46	€ 39.492,66			
	€ 288.493,46	€ 254.492,66	€ 34.000,80		
SOTTOMISURA 3.1 LEGGE 20/2006					
Elenco interventi	Vecchio Massimale 2016	NUOVO MASSIMALE 2017			
Anziani fragili, emergenza caldo, inverno sicuro	€ 165.644,48	€ 116.757,48	€ 48.887,00		
	€ 1.534.937,14	€ 1.534.937,14			