

Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario di Tivoli

MASTER PLAN SOCIO SANITARIO DISTRETTUALE

2008-2010

PIANO DI ZONA 2008-2010

PIANO DISTRETTUALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

PIANO DISTRETTUALE PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE

PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO IN FAVORE DEI PICCOLI COMUNI

Distretto Sociosanitario di Tivoli

*Casape – Castel Madama – Cerreto Laziale – Ciciliano – Gerano – Licenza – Mandela – Percile –
Pisoniano – Poli – Roccagiovine – Sambuci – San Gregorio da Sassola – San Polo dei Cavalieri –
Saracinesco - Tivoli – Vicovaro.*

Comune capofila: Tivoli

Ottobre 2008

Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario di Tivoli

MASTER PLAN SOCIOSANITARIO DISTRETTUALE

2008-2010

PIANO DI ZONA 2008-2010

PIANO DISTRETTUALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

PIANO DISTRETTUALE PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE

PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO IN FAVORE DEI PICCOLI COMUNI

Distretto Sociosanitario di Tivoli

*Casape – Castel Madama – Cerreto Laziale – Ciciliano – Gerano – Licenza – Mandela – Percile –
Pisoniano – Poli – Roccagiovine – Sambuci – San Gregorio da Sassola – San Polo dei Cavalieri –
Saracinesco - Tivoli – Vicovaro.*

Comune capofila: Tivoli

Ottobre 2008

Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario di Tivoli

PIANO DI ZONA TRIENNALE 2008-2010

Distretto Sociosanitario di Tivoli

Casape – Castel Madama – Cerreto Laziale – Ciciliano – Gerano – Licenza – Mandela – Percile – Pisoniano – Poli – Roccagiovine – Sambuci – San Gregorio da Sassola – San Polo dei Cavalieri – Saracinesco – Tivoli – Vicovaro.

Comune capofila: Tivoli

Legge 5 febbraio 1992, n.104, concernente “ Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla Legge del 21 maggio 1998, n.162

Legge regionale 9 settembre 1996, n. 38, recante “Riordino e programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio” e successive modificazioni

Legge 28 agosto 1997, n.285, “Interventi in favore dell’infanzia e dell’adolescenza

Legge 28 novembre 2000, n. 328, recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3, “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”

Legge 24 dicembre 2007, n.244, “Legge finanziaria 2008”

D. G. R. 25 luglio 2008, n. 560, recante “Piano di utilizzazione triennale 2008-10 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali. Approvazione documento concernente Linee guida ai Comuni per l’utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – triennio 2008-2010”

Ottobre 2008

Presentato alla Regione Lazio in data 15 ottobre 2008

Introduzione.

Il Piano di Zona Triennale: sintesi commentata delle “Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – triennio 2008-2010” di cui alla D.G.R. Lazio n.560 del 28 luglio 2008.

E' lodevole che la Regione Lazio, con la D.G.R. n.560/2008, abbia inteso proseguire lungo il *filo logico* che aveva ispirato le Linee Guida per l'ultimo Piano di Zona (2006-2007) prevedendo, nel particolare, una “programmazione pluriennale” di ampio respiro. In effetti, tre anni rappresentano il periodo minimo per poter parlare seriamente di pianificazione degli interventi socio-sanitari consentendone, davvero, un'organica programmazione a livello locale.

Purtroppo, sono solo buone intenzioni che non troveranno un riscontro nella realtà a causa dell'insormontabile ostacolo rappresentato dalle lungaggini con le quali la Regione Lazio approverà – finalmente! – il nuovo *Piano Socio-assistenziale regionale* (che sarà sottoposto all'esame del Consiglio regionale non prima del prossimo mese di dicembre 2008). Questo Piano, per esplicita ammissione della stessa Regione Lazio, introdurrà significativi contenuti che investiranno, in particolare, gli interventi in favore degli anziani non autosufficienti e quelli in favore dell'infanzia e dell'adolescenza (Legge 28 agosto 1997, n.285). Tra l'altro, il Piano di Zona Distrettuale Triennale in scadenza per il prossimo **15 ottobre 2008**, non sarà finanziato – come, invece, per il Piano di Zona Distrettuale 2006-2007 – anche con risorse economiche di cui al Capitolo di spesa n. **H41550** (relativo al *Fondo regione per la non autosufficienza*), mentre, per l'attuazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/1997) è attualmente disponibile solo la previsione di spesa riferita all'annualità 2008, di cui al Capitolo di bilancio **H41107**. Da tutto ciò ne discende che sarà, comunque, necessario un significativo aggiornamento del Piano di Zona Triennale 2008-2010, il prossimo anno, in ragione non solo delle cospicue risorse che saranno stanziare dalla Regione Lazio ma anche dell'importanza che, ad esempio, hanno assunto sul nostro territorio l'istituzione e le attività dei *Centri di Sollievo*. E, infine, va sottolineato che abbiamo una chiara idea delle risorse economiche che saranno destinate al nostro Distretto solo per l'annualità 2008, senza considerare che la Regione Lazio aveva previsto con D.G.R. n.405 del 30 maggio 2008 – in modifica alla D.G.R. 601/2007 – la “definizione di un termine unico di presentazione dei piani distrettuali di zona integrati dalle programmazioni di interventi di lotta alla droga, dei piani distrettuali per la non autosufficienza e dei piani distrettuali di intervento in favore dei piccoli Comuni”. Detto termine è stato fissato per il 15 ottobre di ogni anno; c'è da sperare, pertanto, che a breve sia pubblicata la D.G.R. che indichi le risorse da destinare alla “non autosufficienza” e alla lotta alle tossicodipendenze. Emergono, quindi, più fattori di complicazione del processo di pianificazione e programmazione dei servizi sociosanitari a livello sia regionale sia locale, distrettuale.

Sinteticamente, i Piani di Zona Distrettuali Triennali 2008-2010 saranno finanziati dalla Regione Lazio con risorse provenienti da specifici fondi, come di seguito indicato:

Tabella I

FONDO	CAPITOLO DI SPESA	RISORSE ECONOMICHE REGIONALI. IMPORTI TOTALI (IMPORTI DESTINATI AI PIANI DI ZONA)		RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE AL D.S.S. DI TIVOLI ANNUALITÀ/EURO	
		2008	2009	2008	2009
<i>Fondo regionale per l'attuazione del Piano Socio-assistenziale regionale</i>	H41504	2008	58.000.000 (14.206.500)	2008	373.704
		2009	57.800.000 (14.146.500)	2009	n.d.
		2010	57.800.000 (14.206.500)	2010	n.d.
<i>Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (F.N.P.S.)</i>	H41106	2008	49.000.000 (44.500.000)	2008	602.289
		2009	50.000.000 (46.500.000)	2009	n.d.
		2010	52.000.000 (48.500.000)	2010	n.d.
<i>Fondo relativo all'assegnazione dello stato per l'attuazione della Legge n.285/1997</i>	H41107	2008	2.339.678,39	2008	147.071
		2009	n.d.	2009	n.d.
		2010	n.d.	2010	n.d.
<i>Fondo regionale concernente il cofinanziamento per gli interventi di cui all'articolo 39 della Legge n.104/1992 come modificata dalla Legge n.162/1998</i>	H41110	2008	516.457	2008	79.187
		2009	516.457	2009	n.d.
		2010	516.457	2010	n.d.

n.d.=dato non disponibile.

E' da evidenziare che, a differenza di quanto avvenuto per il Piano di Zona 2006-2007, la Regione Lazio non ha rifinanziato il Capitolo di spesa **H41135** denominato "Integrazione regionale dell'assegnazione dello stato delle risorse indistinte per l'attuazione della Legge 328/2000" (v. L.r. n.27/2007 concernente il "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008"). A tal riguardo, va aggiunto che a fronte di una previsione della Regione Lazio per ciascuno degli e.f. 2006 e 2007 di Euro 20.000.000,00 per il predetto Capitolo di bilancio **H41135** (v. D.G.R. n.500/2006), l'applicazione del Decreto 16 giugno 2007 del Ministero della Solidarietà Sociale (Ripartizione delle Risorse finanziarie afferenti al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, per l'anno 2007) che ha assegnato alla Regione Lazio la somma di **Euro 64.073.157,57**; con particolare riferimento all'articolo 4 del suddetto Decreto, la Regione Lazio si è vista assegnare una somma di reintegro del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, relative al 2007, pari ad Euro 18.187.345,41 inferiore, pertanto, ai preventivati 20.000.000,00. In buona sostanza, la previsione di spesa per il comparto sociosanitario, con particolare riferimento alla Regione Lazio, sembrerebbe in decrescita per il 2008 ed il 2009, per poi riprendere decisamente la crescita per l'esercizio finanziario 2010 senza raggiungere, però, il livello del 2007 (vedi tabelle II e III). C'è una correlazione tra il dato mancante relativo al capitolo di spesa H41107 per le annualità 2009 e 2010 e l'aumento, per le stesse annualità rispetto al 2008, del capitolo di spesa H41106 (gli stanziamenti per gli altri capitoli di spesa sono sostanzialmente stabili)? Sembrerebbe di sì, ad una lettura attenta su come saranno destinate le risorse statali [con particolare riferimento alla voce "Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (F.N.P.S.)" della Tabella I. Si veda il prossimo paragrafo]. In breve, l'importo degli



stanziamenti per gli interventi destinati all'infanzia e all'adolescenza saranno più cospicui di quanto indicato con riferimento al Capitolo di Spesa H41107 (anche per lo stesso 2008!). La o le ragioni per le quali, allora, la Regione Lazio abbia inteso rappresentare i dati finanziari in questo modo rappresenta, di fatto, un mistero.

Tabella II

Capitolo di spesa	Risorse Piani di Zona 2008 (mln euro)	Risorse Piani di Zona 2009 (mln euro)	Risorse Piani di Zona 2010 (mln euro)	Risorse Piani di Zona. Triennio 2008-2010 (mln euro)
H41504	14.206.500,00	14.146.500,00	14.206.500,00	42.559.500,00
H41106	44.500.000,00	46.500.000,00	48.500.000,00	139.500.000,00
H41107	2.339.678,39	-	-	
H41110	516.457,00	516.457,00	516.457,00	1.549.371,00
Totali	61.562.635,39	61.162.957,00	63.222.957,00	186.948.549,39

Tabella III

Annualità	Risorse regionali complessive provenienti dallo Stato
2007	64.073.157,57
2008	61.562.635,39
2009	61.162.957,00
2010	63.222.957,00

Comunque, il confronto tra le annualità relative al Piano Biennale di Zona 2006-2007 e l'annualità 2008 del Piano di Zona 2008-2010 sembrerebbe rassicurante; ci conforta, difatti, il significativo aumento delle risorse di budget destinate al nostro Distretto pari, complessivamente per il 2008, al 9% in più rispetto alle precedenti annualità. Si registrano aumenti di stanziamenti per tutti i fondi: dal fondo regionale (+13%) al F.N.P.S. (+7,35%); da quello destinato alla realizzazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza (+7,77%) al fondo per i disabili gravi (+5%). Se questa tendenza dovesse confermarsi anche per la lotta alle tossicodipendenze – in aggiunta alla conferma delle risorse destinate ai piccoli Comuni (308.433 Euro per l'e.f. 2008 rispetto ai 304.000,00 destinati per l'e.f. 2007, v. D.G.R. 417/2008, “Destinazione budget aggiuntivo ai Comuni capofila di Distretto per specifiche esigenze dei piccoli Comuni di cui al L.r. 29 aprile 2004, n.6, Cap. H41106 - € 4.500.000,00 – Es. Fin. 2008. Modifica D.G.R. n.359/2007 e D.G.R. n.135/2008”) – sarà possibile effettuare nuovi e significativi investimenti in ambito socio-sanitario nel nostro Distretto. Tutto ciò, sempre che la Regione Lazio riesca – per l'e.f. 2009 e per l'e.f. 2010 – a compensare la riduzione della previsione di spesa per la “non autosufficienza”.



Tabella IV

FONDO	CAPITOLO DI SPESA	PDZ 2006-2007 IMPORTI PER ANNUALITA' (IN EURO)	PDZ 2008-2010 IMPORTI PER ANNUALITA', IN EURO (*)	SALDO RIFERITO ALLE SINGOLE ANNUALITA' DEI PDZ 06-07 E 08-10 (**)
Fondo regionale per l'attuazione del Piano Socio-assistenziale regionale	H41504	330.776,00 (***)	373.704,00	+ 42.928,00 (+12,98%)
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (F.N.P.S.)	H41106	561.036,00	602.289,00	+ 41.253,00 (+7,35%)
Fondo relativo all'assegnazione dello stato per l'attuazione della Legge n.285/1997	H41107	136.467,00	147.071,00	+ 10.604,00 (+7,77%)
Fondo regionale concernente il cofinanziamento per gli interventi di cui all'articolo 39 della Legge n.104/1992 come modificata dalla Legge n.162/1998	H41110	75.416,00	79.187,00	+ 3.771,00 (+5%)
TOTALI		1.103.695,00	1.202.251,00	+ 98.556,00 (+8,93)

(*) importi disponibili per il solo 2008

(**) v.a. e %

(***) valore preventivato al momento della redazione del Piano di Zona. Va precisato che, per l'annualità 2007, la Regione Lazio ha concesso al Distretto Sociosanitario di Tivoli la somma di € 343.423,00.

Infine, non va dimenticato che la D.G.R. 560/2008 stabilisce che i singoli Comuni, autonomamente rispetto al Distretto, presentino alla Regione Lazio entro 30 giorni dalla pubblicazione della predetta deliberazione sul BURL del 28 agosto 2008 - per l'anno 2008; mentre entro il 30 maggio per l'anno 2009 e per l'anno 2010 – le richieste di finanziamento relative a:

- la continuazione della gestione di strutture residenziali socio-assistenziali pubbliche per anziani, purché avviano il processo di adeguamento ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla L.r. n.41/2003 (€ 1.900.000,00 per anno, per l'intera Regione Lazio). Si rammenta che la disciplina con cui devono essere in regola le strutture residenziali e semiresidenziali, che prestano servizi socio-assistenziali inseriti nei piani di zona distrettuali, è elencata a pagina 17 delle Linee Guida;
- interventi, realizzati da Comuni sedi di Istituti di prevenzione e pena, finalizzati alla risocializzazione di detenuti ed ex detenuti (€ 545.000,00 per anno, per l'intera Regione Lazio);
- servizi di mensa sociale e accoglienza notturna di cui all'articolo 25 della L.r. 38/1996 ed alla D.G.R. n.1304/2005 (€ 3.500.000,00 per anno, per l'intera Regione Lazio). Detti servizi possono essere gestiti direttamente dal Comune o in convenzione; le risorse complessive, essendo destinate per il 65% al Comune di Roma, non copriranno mai la totalità delle spese previste ma al massimo il 70% delle stesse e, comunque, viene specificato l'importo di Euro 60.000,00 a servizio per le strutture che sono operanti da almeno un anno a partire dalla pubblicazione della D.G.R. 560/2008. In caso di insufficienza di risorse è stato stabilito il seguente ordine di priorità: 1) viene finanziato non più di un servizio di mensa ed un servizio di accoglienza per ciascun comune; 2) vengono finanziati i Comuni che hanno usufruito per almeno due anni di contributi regionali per tali servizi; 3) vengono finanziati i servizi gestiti da Comuni con maggiore popolazione;



- progetti comunali di interesse regionale e/o di rilevante interesse sociali concernenti: **a)** situazioni di emergenza di ambito comunale non rientranti nei piani di zona distrettuali e non compresi tra gli interventi finanziati con la L.r. 6/2004; **b)** gestione di gruppi appartamento per minori di cui alla D.G.R. n. 498/2006, per i prossimi alla maggiore età che non possono rimanere o tornare in famiglia e giovani già ospiti di strutture residenziali o presso famiglie affidatarie, per il periodo necessario al completamento del loro percorso di autonomia; **c)** la gestione di strutture residenziali socio-assistenziali per minori in stato di bisogno, abbandonati o esposti all'abbandono di cui all'articolo 192 comma 6-bis, lettera b), L.r. n.14/1999 così come modificato all'articolo dall'articolo 2, comma 3, della L.r. n.40/2001; **d)** organizzazione e gestione associata dei servizi ed interventi socio-assistenziali e socio-sanitari attivati a livello distrettuale, già inseriti nei piani di zona, al fine di garantire la continuità degli stessi (solo per il Comune di Roma e per i Comuni capofila di distretto sociosanitario). Per la realizzazione di tutti gli interventi di cui alle predette lettere a), b), c) e d) è destinata la quota dell'8% del capitolo di spesa **H41504**.

La Regione Lazio con la D.G.R. n.560/2008 destina, inoltre, per il 2008 una somma non superiore ad Euro 1.000.000,00 per iniziative promosse da soggetti del privato sociale – e presentate entro 30 giorni dalla pubblicazione dalla stessa determina sul BURL - inerenti l'istituzione di servizi sperimentali a carattere residenziale, rientranti nella tipologia di cui alla D.G.R. n.498/2008 rivolti ad adolescenti già inseriti in struttura di accoglienza di tipo familiare ed entrati nella maggiore età, che prevedano interventi finalizzati al raggiungimento dell'autonomia e alla prosecuzione degli studi scolastici e universitari mediante progetti personalizzati ed azioni di affiancamento e tutoraggio.

Gli obiettivi generali della programmazione regionale. Nel triennio 2008-2010, per dare continuità e perfezionare i processi di pianificazione e gestione dei servizi sociali e assistenziali territoriali, la programmazione regionale tende a:

- riordinare progressivamente la rete territoriale dei servizi sociali in un'ottica d'integrazione tra gli interventi socio-assistenziali e sociosanitari;
- completare la distrettualizzazione della rete dei servizi, con particolare riferimento alle esigenze dei piccoli comuni;
- realizzare un *Sistema di qualità sociale*, inteso come insieme di regole, procedure, incentivi atti ad assicurare che gli interventi ed i servizi sociali siano adeguati ai bisogni;
- ricondurre in un unico sistema la pianificazione settoriale e le relative risorse privilegiando la dimensione distrettuale.



Nel particolare, poi, si evidenzia che **l'82% delle risorse statali** (con particolare riferimento alla voce “Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (F.N.P.S.)” della Tabella I) disponibili nel triennio viene ripartita per le seguenti aree d'intervento, sulla base di specifici criteri – indicatori e percentuali di ripartizione – così come indicati nella tabella seguente:

Tabella V

Are d'intervento	Indicatori	Percentuali
<i>Responsabilità familiari</i>	Popolazione residente	11%
	Territorio	5%
<i>Diritti dei minori</i>	Popolazione 4-17 anni	10%
	Popolazione 0-3 anni	10%
<i>Persone anziane</i>	Popolazione 66-75 anni	25%
	Popolazione oltre i 75 anni	25%
<i>Contrasto alla povertà</i>	Disagio socio-economico Rapporto Censis 2002	7%
<i>Disabili</i>	Totale delle pensioni d'invalidità	7%

Pertanto, gran parte delle risorse finanziarie dovranno essere dedicate anche nel triennio 2008-2010 alle necessità della popolazione anziana e, in particolare, di quella non autosufficiente nella misura del 20% del totale. Trattasi di interventi di assistenza sociosanitaria integrata, dimissioni ospedaliere protette, servizi di sostegno alla persona anziana nelle ore di assenza dei familiari, piani individualizzati d'intervento, interventi economici per concorrere ai costi della deistituzionalizzazione, erogazione di contributi finalizzati al pagamento degli oneri previdenziali per gli operatori domestici, assistenza domiciliare per i casi gravi soprattutto nei giorni festivi e prefestivi.

Comunque, il restante **18% delle risorse statali** sarà così ripartito:

- un **6,5%** per annualità, pari a € 3.044.579,10 nel 2008, € 3.022.500,00 nel 2009 e € 3.152.500,00 nel 2010 si aggiungono ai 516.457,00 (per ciascun anno, v. Tabella I) previsti per i disabili gravi;
- l'**11,5%** per annualità, pari a € 5.386.563,01 (di cui 2.339.678,39 rappresentati nella Tabella I) nel 2008, € 5.347.500,00 nel 2009, € 5.577.500,00 nel 2010 saranno da destinarsi agli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla Legge n.285/1997 nella misura del 50% per la popolazione inferiore ai 4 anni e di un altrettanto 50% per la popolazione inferiore ai 18 anni e maggiore o uguale a 4 anni. Tra questi interventi sarebbero contemplabili quelli per l'informazione e la formazione finalizzata all'affidamento familiare dei minori, mentre non sono finanziabili “i servizi che configurano la realizzazione di veri e propri asili nido.



I Liv.e.a.s. Si confermano, anche per il Piano di Zona 2008-2010, i seguenti Livelli Essenziali delle Prestazioni di Assistenza Sociali (o Liv.e.a.s.):

- il segretariato sociale per l'informazione e la consulenza al singolo ed ai nuclei familiari;
- il servizio sociale professionale;
- il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare;
- l'assistenza domiciliare;
- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Le principali “novità” contenute nelle Linee Guida. E' apprezzabile lo sforzo compiuto dalla Regione Lazio nel comprendere l'importanza di far convergere, sia in termini temporali (con particolare riferimento all'individuazione di uno stesso momento di pianificazione e programmazione dei servizi) sia funzionali (con particolare riferimento ai compiti di coordinamento strutturale dell'Ufficio di Piano), le molteplici occasioni di pianificazione e programmazione dei servizi; ciò è sicuramente determinante al fine di ri-costruire un quadro coerente dell'intera offerta dei servizi socio-sanitari ed assistenziali sul territorio distrettuale.

Pertanto, bisogna di seguito porre in evidenza che:

- “il budget di distretto assegnato è utilizzato per l'attivazione a livello distrettuale degli interventi e dei servizi previsti nei progetti operativi allegati ai piani di zona; *non è quindi consentito operare una mera redistribuzione dei fondi assegnati tra i comuni presenti nel distretto*”;
- “i Comuni afferenti al Distretto sociosanitario devono concorrere con proprie risorse al budget di distretto;
- “le Asl del Lazio devono provvedere ad integrare il budget di distretto non solo con risorse di personale e/o strumentali, *ma anche con risorse finanziarie provenienti dal proprio bilancio*”;
- “l'ufficio di piano costituisce la struttura tecnico-amministrativa dove, attraverso opportune forme di coordinamento” – come quella riguardante i tavoli tematici – “si realizza l'integrazione tra i Comuni, tra i Comuni e le ASL, tra pubblico e privato sociale. (...) L'atto istitutivo dell'ufficio di piano deve individuare la struttura organizzativa, le finalità, la sede operativa, le risorse economiche ed il personal necessario al suo funzionamento. L'ufficio di piano è costituito *da un coordinatore, uno staff tecnico-progettuale ed una struttura amministrativa*. Il coordinatore è coadiuvato dai tecnici dei Comuni e dai responsabili del distretto. *I Comuni del distretto*



individuano, pertanto, i propri rappresentanti tecnici ed amministrativi presso l'ufficio di piano. Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'ufficio di piano, le amministrazioni interessate sono tenute ad individuare in modo puntuale l'apporto stabile e continuativo in termini di risorse umane per il funzionamento dell'ufficio stesso, ovvero le risorse economiche proprie necessarie per acquisire dall'esterno risorse umane, nei limiti previsti dalla normativa vigente. L'ufficio di piano, per la corretta funzionalità ed operatività, si avvale della consulenza e della collaborazione dei Segretari dei Comuni del Distretto e del Responsabile dell'Ufficio di Ragioneria del Comune capofila. (...) Compito prioritario dell'ufficio è la definizione della pianificazione dei servizi e degli interventi da attivare a livello locale; a tal fine cura la redazione del piano di zona e individua il budget di distretto. Compete inoltre al predetto ufficio l'attuazione del piano di zona, con particolare riferimento ai progetti operativi inseriti nel piano stesso". All'ufficio di piano spettano funzioni specifiche che va dalla comunicazione istituzionale ai rapporti amministrativi con la pluralità degli attori coinvolti nel processo di pianificazione e programmazione; dalla gestione del budget di distretto e della rendicontazione alla raccolta puntuale dei dati e all'espletamento del monitoraggio sui servizi attivati;

- è imprescindibile il ruolo delle Province ai fini dell'integrazione delle politiche sociali con quelle attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione e dell'educazione. Inoltre, le Province rappresentano il tramite attraverso il quale la Regione Lazio realizza con i distretti un efficiente sistema informativo, necessario ai fini della programmazione territoriale;
- la concertazione con le forze sociali (Terzo Settore, Associazioni OO.SS.) è essenziale; difatti "si sottolinea che i piani di zona dovranno dare esplicitamente atto del coinvolgimento programmatico dei soggetti di terzo settore nonché dell'avvenuta concertazione con le organizzazioni sindacali, e ciò vale anche per gli aggiornamenti previsti per gli anni 2009 e 2010, pena l'esclusione del finanziamento";
- saranno rifinanziati i progetti di realizzazione di case famiglia per persone con handicap grave prive di adeguata assistenza familiare (il c.d. "Dopo di noi").

1. Descrizione del territorio dal punto di vista demografico

La struttura demografica e anagrafica di una popolazione, la composizione delle famiglie, la situazione del mercato del lavoro, così come quella del capitale umano della stessa popolazione, costituiscono gli elementi principali su cui poggiare la valutazione sia quantitativa che qualitativa della domanda potenziale dei servizi sociali espressa dalla popolazione presente in un determinato territorio. Il primo passo, dunque, è costituito dall'individuazione dei limiti del territorio in esame e dalle principali caratteristiche della popolazione ivi residente che sono state rilevate – per essere qui contenute – grazie alla preziosa attività di ricerca svolta dall'Osservatorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli.

L'area del Distretto Sociosanitario RMG 3, la cui estensione raggiunge circa 369 Km², è composta da 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. La distribuzione della popolazione nell'area individuata dai suddetti comuni è illustrata dalla tabella 1.

Tabella 1 – Popolazione del distretto sociosanitario RMG 3 per comune di residenza, densità abitativa e sesso. Anno 2007

	MF	% F	Numero di famiglie	Famiglia media	Ab/Kmq	
					2001*	2007
Casape	784	50,5	370	2,1	140	147,1
Castel Madama	7.160	50,3	2.817	2,5	225	251,6
Cerreto Laziale	1.106	49,7	493	2,2	90	94,0
Siciliano	1.301	49,9	549	2,4	60	68,3
Gerano	1.613	51,8	538	2,2	119	159,9
Licenza	945	49,7	448	2,1	54	53,5
Mandela	855	48,0	351	2,4	58	64,4
Percile	211	49,3	137	1,5	12	12,0
Pisoniano	727	53,0	365	2,0	56	55,1
Poli	2.288	51,7	972	2,3	101	107,0
Roccagiovine	297	50,2	136	2,2	34	30,6
Sambuci	912	50,2	379	2,4	108	109,9
San Gregorio di Sassola	1.495	50,7	643	2,3	41	42,4
San Polo dei Cavalieri	2.547	50,0	1.218	2,1	54	59,6
Saracinesco	159	40,3	101	1,6	16	14,5
Tivoli	51.847	51,8	21.438	2,3	720	756,9
Vicovaro	3.952	51,4	1.503	2,6	103	109,4
Totale distretto RMG 3	78.199	51,4	32.458	2,2	199	211,8
Totale provincia	4.013.057	52,2	1.600.493	2,5	669	749,9

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat; Censimento Generale della popolazione e delle abitazioni 2001



Dalla lettura della tabella 1 si può rilevare, in primo luogo, una significativa concentrazione della popolazione di tutto il distretto nel comune di Tivoli che da solo contiene poco più del 66% del totale della popolazione. Ciò significa che il distretto RMG 3 è composto prevalentemente da piccoli comuni anzi, occorre specificare che i comuni con meno di 5.000 abitanti sono ben 15 sui 17 che costituiscono il distretto. In particolare, dividendoli ulteriormente sulla base della popolazione residente, si ottiene che la metà dei 15 comuni con meno di 5.000 abitanti, hanno meno di 1.000 residenti. Inoltre, confrontando la densità abitativa registrata al tempo del 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni del 2001 con quella rilevata nel 2007, si nota che nei comuni con meno di 1.000 abitanti essa o è diminuita o è rimasta pressoché invariata, contrariamente a quello che è successo nei comuni maggiori dove invece si registra un significativo aumento. Anche dal punto di vista della composizione media delle famiglie, si rileva una significativa differenziazione tra comuni piccoli e medi. In confronto alla composizione media della famiglia nel distretto rappresentata da 2 componenti, nei comuni più piccoli – quali ad esempio Percile e Saracinesca dove arriva a 1,5 componenti – essa si mostra più bassa. Leggendo questo dato congiuntamente con quello riguardante il numero delle famiglie, si intuisce che anche per queste due dimensioni esiste un'importante concentrazione nei comuni più grandi. Rimanendo sul piano del numero delle famiglie, infatti, si rileva che il 75% di esso si concentra in soli due comuni quali Tivoli e Castel Madama.

In sintesi, il distretto sociosanitario RMG 3 presenta una distribuzione della popolazione alquanto peculiare. Essa, da un lato, si concentra in due comuni che risultano tra l'altro geograficamente attigui, dal lato opposto invece, la quota rimanente risulta diffusa in una vasta superficie territoriale. Questa tensione tra concentrazione e dispersione la si può apprezzare meglio ricorrendo alla tabella 2 che illustra la popolazione suddivisa per comune del distretto secondo il tipo di località abitate.

Tabella 2 – Popolazione presente nel distretto sociosanitario RMG 3 per tipo di località abitate. Censimento 2001.

	<i>Centri abitati</i>	<i>Nudei abitati</i>	<i>Case sparse</i>	<i>Totale</i>
Casape	95,7	0,0	4,3	746
Castel Madama	90,6	2,2	7,3	6.415
Cerreto Laziale	94,8	0,0	5,2	1.057
Ciciliano	85,7	9,4	4,9	1.133
Gerano	86,0	1,5	12,5	1.201
Licenza	90,5	0,0	9,5	957
Mandela	82,1	17,9	0,0	771
Percile	90,7	9,3	0,0	216
Pisoniano	97,4	0,0	2,6	734
Poli	84,7	4,3	10,9	2.163
Roccagiovine	100,0	0,0	0,0	297
Sambuci	99,0	0,0	1,0	891
San Gregorio da Sassola	74,7	0,0	25,3	1.444
San Polo dei Cavalieri	78,4	12,2	9,4	2.310
Saracinesco	49,4	14,6	36,0	178
Tivoli	95,3	1,1	3,6	49.342
Vicovaro	93,8	4,7	1,6	3.714
Totale distretto	93,0	2,1	4,9	73.569
Totale Provincia di Roma	96,2	1,2	2,6	3.700.424

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat



Dalla tabella 2 si evince che per la provincia di Roma la media della popolazione presente che abita in case sparse è pari a poco più del 2%, invece la media del distretto si attesta a circa il 5%. Inoltre, per alcuni dei comuni più piccoli del distretto socio sanitario RMG 3 l'indice di dispersione si presenta molto più alto della media, risultando uguale al 36% per il comune di Saracinesca, al 25% per San Gregorio da Sassola e a più del 12% per Gerano. Insomma, una parte importante della popolazione del distretto non presente nei comuni di Tivoli e Castel Madama è diffusa tra nuclei abitati e case sparse. Questa particolare distribuzione della popolazione rappresenta un rilevante fattore di complicazione quando dalla stima della domanda globale si passa poi all'elaborazione dei servizi sociali e alla loro erogazione. Se la dimensione totale della popolazione rappresenta la misura fondamentale per la valutazione della domanda globale dei servizi, se ne desume che una concentrazione del 75% della popolazione in due comuni contigui richieda una pari concentrazione dei servizi in questi due comuni. Questa particolare distribuzione della popolazione però, considerando l'altro polo della tensione tra concentrazione e dispersione della stessa popolazione, richiede anche una presenza più diffusa sul territorio per raggiungere tutte le fasce della popolazione.

Questa apparente contraddizione rappresenta indubbiamente una fonte di complessità che agisce sia lungo il livello quantitativo, cioè lungo la dimensione del numero dei servizi, del loro finanziamento e della loro efficienza, che lungo la dimensione più prettamente qualitativa, cioè nell'individuazione dei servizi più adeguati per rispondere ai bisogni della popolazione residente e nella loro organizzazione territoriale.

La concentrazione dei servizi nei due comuni più popolati rappresenta una scelta razionale dal punto di vista economico in quanto assicura un'efficienza maggiore rispetto alla dispersione degli stessi in tutto il territorio del distretto. Questa scelta però sconta una minore efficacia perché lascia tendenzialmente una significativa quota della domanda effettiva dei servizi sociali insoddisfatta: cioè rischia di non intercettare quella quota della popolazione che non può raggiungere i luoghi di erogazione dei servizi che eventualmente si troverebbero lontani dai loro comuni di residenza o di dimora abituale.

Dal punto di vista della domanda di servizi sociali la peculiare distribuzione della popolazione residente nei comuni del distretto sociosanitario RMG 3, dunque, richiede una notevole articolazione e flessibilità nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi di welfare sul territorio.

Il quadro risulta ulteriormente complicato se si considerano le famiglie presenti nei comuni del distretto secondo il numero dei componenti, come presentato dalla tabella 3.



Tabella 3 - Famiglie residenti nel distretto RMG 3 per numero di componenti. Censimento 2001.

	<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6+</i>	<i>Totale</i>
	Totale	Non in coabitazione						
Casape	104	99,0	27,2	17,6	15,7	5,1	1,3	313
Castel M.	569	98,6	24,2	18,7	25,6	6,5	1,0	2.370
Cerreto L.	161	100,0	19,6	19,0	20,5	3,8	0,7	443
Siciliano	164	100,0	23,5	19,0	17,8	4,0	1,1	473
Gerano	166	100,0	26,4	18,3	19,7	2,6	0,4	508
Licenza	210	100,0	22,6	15,4	13,0	2,8	0,4	460
Mandela	97	100,0	27,3	17,5	17,5	6,0	1,0	315
Percile	49	100,0	26,6	14,7	12,8	0,9	0,0	109
Pison.	159	100,0	26,3	11,8	14,8	2,2	0,3	357
Poli	255	100,0	27,3	16,1	21,2	4,8	1,2	866
Roccag.	55	100,0	16,3	19,4	14,7	4,7	2,3	129
Sambuci	103	100,0	27,6	15,6	23,4	4,5	0,3	359
San G. da S.	170	100,0	26,2	19,2	22,8	1,7	1,0	584
San P. dei C.	435	100,0	22,3	15,2	17,3	3,4	0,3	1.050
Saracinesca	70	100,0	19,1	10,0	6,4	0,9	0,0	110
Tivoli	3.665	99,5	27,2	22,8	23,0	5,8	1,0	18.192
Vicovaro	283	100,0	22,2	22,4	24,0	7,4	2,5	1.317
Totale RMG 3	7.114	99,5	26,1	21,2	22,4	5,4	1,1	29.823
Totale Provincia	389.269	94,9	28,1	21,3	18,7	4,5	0,9	1.466.558

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

A tale riguardo occorre soffermare la propria analisi sulle famiglie composte da un solo membro che non risultano vivere in coabitazione. Anche in questo caso si registra una media del distretto più alta di quella provinciale, il 99% delle famiglie unipersonali nei comuni del distretto sociosanitario RMG 3 non è in coabitazione contro quasi il 95% della provincia. Però quello che in questa sede preme far notare è il fatto che nella quasi totalità dei comuni del distretto le famiglie composte da una sola persona non risultano in coabitazione. Questo fenomeno, se incrociato con la variabile età e sesso, individua delle situazioni di disagio segnate dall'isolamento sociale che, nei comuni più piccoli, potrebbe coincidere anche con delle situazioni di disagio economico.

Dal lato opposto si segnalano le famiglie numerose, quelle con 3 e più componenti, che rappresentano il 50% del totale delle famiglie del distretto sociosanitario RMG 3 contro il 45% del totale provinciale. Ancora una volta si rileva una polarizzazione tra comuni piccoli (meno di 1.000 abitanti) e il resto dei comuni: in questo caso si legge una maggiore concentrazione delle famiglie con più di 3 componenti nei comuni più grandi. Ciò rappresenta un ulteriore stimolo nella direzione della maggiore concentrazione dei servizi in questi ultimi. La ricaduta di tale scelta, anche in questo ambito, sarebbe di un ulteriore spinta all'isolamento della popolazione presenti nei comuni e più lontani dai quelli maggiori.

In conclusione del discorso riguardante la dimensione della popolazione, occorre far rilevare che se è vero che Tivoli, il comune più grande del distretto sia in termini di numero dei residenti che in densità abitativa, svolge un ruolo di polo di attrazione nei confronti degli altri comuni del distretto, è altrettanto vero che questi ultimi rappresentano un retroterra vitale e indispensabile non solo per lo sviluppo economico del distretto e, quindi



anche di Tivoli in ultima analisi, ma soprattutto per la sostenibilità e la vitalità sociale del distretto e dello stesso comune di Tivoli. Lo stretto legame tra questi due elementi configurante l'intreccio tra i comuni del distretto sociosanitario, implica dunque che sia individuata una soluzione al dilemma della configurazione dei servizi sociali non previdenziali sul territorio dello stesso distretto.

La struttura della popolazione secondo l'età rappresenta il secondo elemento fondante in una buona politica di welfare. Risulta ovvio in sede teorica pensare che la fascia di popolazione con meno di 15 anni presenti dei bisogni differenti rispetto a quella con un'età maggiore di 65 anni, tale ovvietà diventa però fonte di fraintendimenti se non si considera come queste fasce della popolazione siano distribuite sul territorio allo scopo di una migliore erogazione e di una ottimale localizzazione delle strutture e dei servizi sociali dedicati alle diverse utenze. La tabella 4 si pone l'obiettivo di illustrare la distribuzione della popolazione per classi di età secondo i comuni di residenza.

Tabella 4 – Popolazione del distretto sociosanitario RMG 3 per comune di residenza e classe di età. Anno 2007

Classi di età	% fino a 14	% 15 - 24	% 25 - 44	% 45 - 64	% Oltre 65	Totale
Casape	9,7	11,7	27,0	25,0	26,5	784
Castel M.	12,8	11,2	32,0	25,4	18,5	7.160
Cerreto L.	12,4	10,1	30,6	26,9	20,1	1.106
Siciliano	11,8	9,1	31,5	26,7	20,9	1.301
Gerano	9,7	13,7	24,5	27,3	24,7	1.613
Licenza	8,4	10,8	25,3	27,6	27,9	945
Mandela	12,4	9,8	29,9	28,4	19,4	855
Percile	10,0	7,1	25,1	23,2	34,6	211
Pisoniano	8,0	9,2	25,7	26,3	30,8	727
Poli	12,4	11,8	30,1	26,1	19,5	2.288
Roccagiovine	8,8	8,1	23,9	30,3	29,0	297
Sambuci	11,5	11,4	26,9	27,7	22,5	912
San G. di S.	12,8	9,8	27,1	26,0	24,3	1.495
San P. dei C.	11,0	10,0	31,1	28,7	19,2	2.547
Saracinesco	6,9	8,2	22,6	31,4	30,8	159
Tivoli	13,2	10,2	30,6	26,5	19,5	51.847
Vicovaro	12,2	10,9	31,0	26,2	19,8	3.952
Totale RMG 3	12,7	10,4	30,3	26,5	20,1	78.199
Totale Provincia	14,0	9,5	31,0	26,1	19,4	4.013.057

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

Dalla tabella 4 si evince che i più alti indici di concentrazione della popolazione con più 65 anni di età sono presenti nei piccoli comuni, cioè in quelli con meno di 1.000 abitanti. Nel comune di Percile, che conta solamente 211 abitanti, quasi il 35% della popolazione è composta da persone con più di 65 anni. Questa quota scende a circa il 31% per il comune di Saracinesco che però conta 151 abitanti. Tale quota tende a scendere lentamente con l'aumentare della popolazione residente. Dal lato opposto, cioè considerando la popolazione residente con meno di 14 anni sul totale della popolazione residente, i comuni più piccoli presentano gli indici più bassi. Se consideriamo queste due informazioni in un ottica di medio periodo, si può prevedere un progressivo invecchiamento della popolazione che nei piccoli comuni risulta più accentuato rispetto a quelli più grandi. Questo invecchiamento comporta un aumento della domanda di servizi sociali non previdenziali espressa

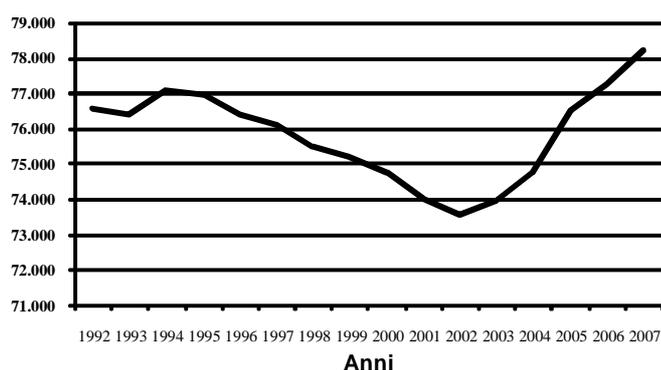


dalla popolazione anziana che deve essere affrontato sia con l'aumento dell'erogazione del totale servizi a loro dedicati che con una maggiore concentrazione di questi servizi nei piccoli comuni: ma ciò finisce con l'accentuare la dinamica centrifuga illustrata in precedenza. Dal lato opposto però, la diminuzione della quota della popolazione con meno di 14 anni comporta un progressivo decremento della popolazione scolastica e dunque un prevedibile calo della domanda dei servizi scolastici e per i minori che se venisse affrontata secondo la mera razionalità economica, cioè con un'altrettanta progressiva riduzione di questi servizi, non farebbe altro che alimentare la spinta centripeta a cui si è accennato in precedenza.

In altri termini, se la risposta a questi mutamenti della struttura demografica della popolazione e ai cambiamenti della domanda dei servizi seguisse la strada dell'efficienza economica, si dovrebbero concentrare i servizi sociali nei comuni di maggiori dimensioni, evitando la dispersione degli stessi sull'ampio territorio del distretto. Una tale scelta però presenta delle pesanti ricadute sociali in quanto è portata a ignorare quelle quote di popolazione – quali gli anziani soli, i disabili, i minori, ecc., - che non possono raggiungere il centro erogatore di servizi e che non vengono raggiunti dai servizi. Inoltre, una tale politica di localizzazione favorisce sia i fenomeni di spopolamento che di isolamento dei piccoli comuni a tutto vantaggio del comune di Tivoli che finisce col catalizzare non solo gli insediamenti produttivi principali ma anche significative quote dell'aumento della popolazione affermatesi in questi anni.

Negli ultimi anni, infatti, il distretto sociosanitario RMG 3 è stato interessato da un'intensa dinamica della popolazione che ha registrato un progressivo aumento dei residenti in questo territorio come mostrato dal grafico 1.

Grafico 1 - Popolazione residente del distretto sociosanitario RMG 3. Anni 1992 - 2007



Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

Come si può leggere dal grafico 1 dagli inizi di questo decennio la popolazione residente nel distretto ha conosciuto un progressivo aumento. Essa è passata dai 73.560 abitanti del 2002, che nel periodo preso in considerazione ha rappresentato il minimo storico, ai 78.199 abitanti del 2007: ciò corrisponde a un incremento del 6%.



Gli aumenti di popolazione possono essere prodotti da due ordini di fattori. Il primo riguarda il saldo naturale, cioè la differenza tra i nati e i morti di un dato anno, che se positivo segna un aumento naturale della popolazione generato dai nuovi nati; il secondo invece è dato dal saldo migratorio, rappresentato dalla differenza tra gli iscritti e i cancellati, che se positivo produce un aumento di popolazione perché le persone che sono divenute residenti di un determinato comune sono maggiori di quelle che si sono trasferite dallo stesso.

In questo caso però si ha un saldo migratorio interno, costituito da persone che si trasferiscono all'interno del territorio nazionale, e un saldo migratorio con l'estero quando le persone si trasferiscono da e per l'estero. L'aumento di popolazione del distretto sociosanitario RMG 3 trova nel saldo migratorio interno la sua principale ragione. La crescita della popolazione riguarda tutti i comuni limitrofi all'area della città di Roma, ma la perdita della popolazione di Roma favorisce soprattutto i comuni situati lungo alcune consolari come la Flaminia e, appunto, la Tiburtina (E. Sonnino 2006 p. 33).

Dunque, negli ultimi anni si sta sempre più imponendo la tendenza a conservare il lavoro nell'area metropolitana di Roma ma a spostare il luogo di residenza nei comuni limitrofi. Ciò incrementa il fenomeno del pendolarismo, cioè il numero di persone che sono costrette a spostarsi al di fuori del proprio comune di dimora abituale per raggiungere il luogo di lavoro. Tale fenomeno nel distretto sociosanitario RMG 3 acquista una certa significatività come mostrato dalla tabella 5. Dalla tabella si rileva che gli spostamenti al di fuori del comune di dimora abituale nel distretto presentano una numerosità decisamente più alta di quella provinciale: ben il 48% degli spostamenti quotidiani che interessano i residenti del distretto riguardano trasferimenti al di fuori del proprio comune di dimora contro poco più del 17% della media provinciale.

Tabella 5 - Popolazione residente che si sposta giornalmente per luogo di destinazione nei comuni del Distretto e provincia di Roma. Censimento 2001.

	<i>Nello stesso comune</i>	<i>Fuori del comune</i>	<i>% fuori del comune</i>	<i>Totale</i>
Casape	88	215	71,0	303
Castel Madama	1.287	1.884	59,4	3.171
Cerreto Laziale	168	326	66,0	494
Ciciliano	188	300	61,5	488
Gerano	167	296	63,9	463
Licenza	128	194	60,2	322
Mandela	75	247	76,7	322
Percile	18	40	69,0	58
Pisoniano	71	212	74,9	283
Poli	396	486	55,1	882
Roccagiovine	28	73	72,3	101
Sambuci	131	278	68,0	409
San Cesareo	1.738	2.806	61,8	4.544
San Gregorio da S.	247	358	59,2	605
San Polo dei C.	382	600	61,1	982
Saracinesco	14	40	74,1	54
Tivoli	14.353	9.251	39,2	23.604
Vicovaro	581	999	63,2	1.580
Totale RMG 3	21.447	19.834	48,0	41.281
Totale provincia	1.511.143	318.696	17,4	1.829.839

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat



Inoltre, si può notare che il fenomeno del pendolarismo riguarda in misura maggiore i comuni più piccoli. Dunque, anche questo fenomeno costituisce un motivo di isolamento sociale e di impoverimento anche culturale di questi ultimi. In sintesi, si può affermare che l'aumento della popolazione residente interessa in misura maggiore il comune di Tivoli ma anche quando esso riguarda i comuni più piccoli ha poche ricadute sul loro tessuto sociale e economico.

Una componente importante dell'incremento della popolazione residente nel distretto è rappresentato dalla popolazione straniera che tende a spostarsi nei comuni vicino alla città di Roma allo scopo di diminuire il costo della vita e massimizzare le rimesse. Inoltre, si deve segnalare anche che in molti casi non sono solamente individui singoli a spostarsi ma anche famiglie intere, 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, la cui dimensione è illustrata dalla tabella 6, negli ultimi anni sta acquisendo una significatività decisamente maggiore.

Tabella 6 – Stranieri residenti nel distretto RMG 3 per comune e sesso. Anno 2007

	<i>MF</i>	<i>% F</i>	<i>% minorenni</i>	<i>% stranieri su totale</i>	<i>% stranieri su totale minori</i>
Casape	70	48,6	28,6	8,9	17,5
Castel Madama	312	48,4	20,2	4,4	5,1
Cerreto Laziale	53	54,7	17,0	4,8	4,8
Siciliano	78	50,0	21,8	6,0	8,3
Gerano	18	66,7	0,0	1,1	0,0
Licenza	48	35,4	12,5	5,1	5,2
Mandela	34	44,1	20,6	4,0	5,2
Percile	11	54,5	36,4	5,2	14,8
Pisoniano	81	56,8	14,8	11,1	13,3
Poli	162	51,2	18,5	7,1	7,8
Roccagiovine	20	35,0	15,0	6,7	9,1
Sambuci	27	48,1	11,1	3,0	2,2
San Gregorio di S.	57	50,9	12,3	3,8	2,8
San Polo dei C.	193	49,2	21,8	7,6	10,9
Saracinesco	9	66,7	11,1	5,7	5,3
Tivoli	3.499	49,4	22,3	6,7	8,7
Vicovaro	218	51,4	13,3	5,5	4,5
Totale RMG 3	4.890	49,5	21,2	6,3	7,9
Totale provincia	278.540	54,3	19,4	6,9	8,0

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

Innanzitutto, si può rilevare che l'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti nel territorio del distretto ha un valore pressoché uguale a quella provinciale. Questo dato può essere interpretato come una definitiva affermazione del fenomeno dell'immigrazione nel territorio. Inoltre, la composizione per genere della popolazione straniera risulta alquanto polarizzata dato che in alcuni comuni si mostra decisamente connotata o in senso femminile, come nel caso dei comuni di Saracinesco, Gerano, Pisoniano, Cerreto Laziale e Percile, oppure in senso maschile come nel caso di Roccagiovine, Licenza e Mandela. Negli altri comuni la composizione di genere si mostra decisamente più bilanciata.

Una forte connotazione di genere indica che il fenomeno dell'immigrazione è ancora agli esordi del proprio ciclo mentre, in caso contrario, una composizione bilanciata esprime una sua avvenuta stabilizzazione. Alcuni



comuni però mostrano delle anomalie che hanno a che fare con l'incidenza di minorenni che si mostra più alta laddove la percentuale di donne straniere è maggioritaria. Ciò può indicare essenzialmente due fatti: in primo luogo, significa che ci sono delle famiglie di immigrati con figli, e questo è sicuramente vero nei comuni dove si registra una composizione di genere più bilanciata, oppure che esistono delle madri straniere con figli non sposate o con il marito rimasto nei luoghi di origine. Quest'ultimo aspetto meriterebbe di essere approfondito in quanto segnala sicuramente delle situazioni problematiche che necessitano di essere affrontate con apposite politiche sociali.

Infine, bisogna considerare l'incidenza dei minori stranieri sul totale dei minori residenti nei comuni del distretto RMG 3. La percentuale di minori stranieri residenti raggiunge le due cifre nei comuni di piccole dimensioni: è il caso di Casape che con più del 17% conta l'incidenza più alta, segue Percile con quasi il 15% e Pisoniano con poco più del 13%. Questa popolazione rappresenta per questi piccoli comuni un'importante compensazione per la perdita della quota di popolazione autoctona con meno di 14 anni a cui si è accennato in precedenza. In ultima analisi, dunque, la popolazione straniera rappresenta un'occasione di arricchimento culturale e sociale per tutto il distretto e per i piccoli comuni in particolare. L'alta percentuale dei minori stranieri rappresenta un dato in controtendenza per i piccoli comuni che ha importanti ricadute sia per i servizi dedicati alle famiglie e ai minori sia per i servizi scolastici in particolare.

La popolazione straniera rappresenta un'importante innovazione nella struttura demografica della popolazione del distretto che influenza in maniera significativa la domanda di servizi sociali. In primo luogo, la domanda di servizi può non differire molto da quella della popolazione autoctona in quanto la popolazione immigrata si può situare in condizioni economiche e sociali del tutto simili. La difficoltà, in questo caso, consiste nell'individuare le specificità delle condizioni di vita (cluster) della popolazione immigrata che generano una domanda di servizi sociali non previdenziali propria alla condizione dell'immigrazione e non riscontrabile in nessun altro ambito della popolazione autoctona. Le condizioni che favoriscono la nascita e il consolidamento di bisogni sociali specifici, sembrano pertanto essere associate al momento dell'arrivo e quindi alla questione dell'accoglienza dei flussi e infine, quando la presenza immigrata si stabilizza, ai processi di integrazione nella società italiana. In secondo luogo, nel caso della popolazione di origine immigrata si tratta di una popolazione che, sebbene presenti ancora una struttura per età prevalentemente concentrata nelle classi centrali e dunque teoricamente con bisogni ben definiti, negli ultimi anni è andata incontro a profondi processi di mutamento sia della sua dimensione numerica che della sua composizione demografica, anagrafica e sociale, cambiamenti che sono conseguenti ai processi di stabilizzazione e di integrazione di tale popolazione nella società. La rilevazione e la quantificazione della domanda di servizi, in questo caso, risulta complicata dal fatto che tali processi oltre a produrre un aumento della consistenza numerica della presenza straniera e, di conseguenza, un aumento della domanda in termini quantitativi, fanno sorgere nuove figure sociali di immigrati e dunque nuovi bisogni. Nel caso del distretto Sociosanitario RMG 3, le innovazioni più significative sono rappresentate dalla spiccata propensione da parte della popolazione immigrata a formare nuclei familiari e dalla significativa crescita della fascia di popolazione al di sotto dei 18 anni. La domanda si concentra in questi casi soprattutto su un più facile accesso ai servizi degli asili nido, delle scuole materne e, per i più grandi, su una maggiore produzione di servizi quali, ad esempio, progetti che favoriscano l'interculturalità.



2. Descrizione del territorio in generale

Una prima analisi essenzialmente demografica della popolazione del distretto socio sanitario RMG 3 porta a rilevare una struttura della domanda di servizi sociali non previdenziali sottoposta a una continua tensione tra concentrazione dei servizi nei comuni più grandi e necessità di decentrare alcuni di essi in tutto il territorio del distretto allo scopo di raggiungere e soddisfare i bisogni di significative quote della popolazione residente e allo scopo di evitare l'isolamento e lo spopolamento progressivo dei piccoli comuni.

Questa continua contrapposizione tra spinta centripeta e centrifuga nell'organizzazione dei servizi di welfare territoriali necessita di una soluzione centrata non sulla razionalità economica, che sul medio periodo porterebbe alla "dissoluzione" del distretto, ma su una razionalità votata alla costruzione di nuovi legami sociali per tenere uniti i gruppi sociali diffusi su tutto il territorio RMG 3.

L'individuazione dell'equilibrio dinamico tra le due spinte non può che partire dallo stesso territorio e, in particolare, dalle sue risorse, cioè da quello che può investire per la costruzione di un nuovo welfare territoriale.

Anche se questo è l'argomento di analisi della seconda parte della ricerca, in questa sede è altresì necessario fornire un quadro all'interno del quale si muovono le dinamiche sociali descritte finora. L'analisi è focalizzata soprattutto sulla composizione del capitale umano e sulla situazione del mercato del lavoro. Riguardo al primo argomento, la tabella 7 fornisce un quadro della popolazione residente nel distretto in esame secondo il grado di istruzione conseguito.

Per quanto riguarda il capitale umano, il tasso delle persone che hanno superato la scuola dell'obbligo sul totale delle persone con più di 6 anni mostra un valore superiore a quello provinciale. In merito al numero dei laureati e dei diplomati bisogna tener conto che la media della provincia è molto più alta a causa della presenza della città di Roma. Anche i piccoli comuni presentano una buona situazione da questo punto di vista, anche se ancora una volta si segnala il caso degli anziani che, sempre nei piccoli comuni, risultano i soggetti con i tassi di istruzione più bassi.

Tabella 7 - Popolazione residente di 6 anni e più per grado di istruzione. Distretto socio sanitario RMG 3. Censimento 2001

	<i>Laurea</i>	<i>Diploma</i>	<i>Licenza di scuola media</i>	<i>Licenza di scuola elementare</i>	<i>Alfabeti privi di titoli di studio</i>		<i>Analfabeti</i>		<i>Totale</i>
					Totale	di cui 65 +	Totale	di cui 65 +	
Casape	2,5	21,1	29,4	28,1	14,5	58,7	4,3	90,3	715
Castel Madama	4,8	27,9	31,7	24,4	10,5	40,7	0,7	71,4	6.087
Cerreto Laziale	4,3	28,3	31,2	27,8	8,2	36,6	0,3	100,0	998
Siciliano	5,7	27,6	28,6	25,8	10,8	46,2	1,4	60,0	1.080
Gerano	2,5	20,4	32,2	32,7	11,0	55,6	1,2	50,0	1.148
Licenza	5,3	20,7	32,3	30,5	9,9	62,6	1,3	83,3	919
Mandela	7,7	31,8	26,5	27,3	6,6	37,5	0,0	0,0	724
Percile	0,5	18,7	31,0	48,3	1,5	0,0	0,0	0,0	203
Pisoniano	3,7	21,1	28,8	32,2	13,0	67,4	1,3	100,0	706
Poli	6,7	20,8	32,4	27,3	11,2	44,3	1,4	75,9	2.048
Roccagiovine	4,6	20,1	33,8	31,3	10,2	41,4	0,0	0,0	284
Sambuci	2,7	18,4	37,5	32,0	9,0	44,2	0,4	100,0	851
San Gregorio da S.	3,9	22,4	30,8	29,5	11,6	51,3	1,8	84,0	1.364
San Polo dei C.	5,2	28,3	33,1	25,6	7,4	30,5	0,4	66,7	2.211
Saracinesca	11,8	24,1	32,4	25,3	4,7	25,0	1,8	100,0	170
Tivoli	7,7	31,6	30,3	21,8	8,2	30,7	0,5	67,6	46.652
Vicovaro	3,4	23,6	35,1	26,7	10,5	42,0	0,8	64,3	3.532
Totale RM G 3	6,7	29,3	30,9	23,6	8,8	36,1	0,7	71,4	69.692
Totale Provincia	12,3	32,8	27,7	19,0	7,5	28,9	0,6	61,7	3.501.092

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

La situazione del mercato del lavoro è più problematica, soprattutto se si considera la dimensione di genere, come illustrato dalla tabella 8.

Dalla tabella, infatti, si rileva che le donne presentano i tassi di attività e di occupazione più bassi, mentre i tassi di disoccupazione sono più alti. Il fatto che in alcuni casi questi ultimi siano più bassi indicano che una larga quota della popolazione femminile non si presenta sul mercato del lavoro o perché è scoraggiata e dunque si autoconfina nella popolazione non attiva o perché viene confinata nella popolazione non attiva in quanto in situazioni di forte crisi occupazionale in famiglie con più persone disoccupate si preferisce sostenere nella ricerca del lavoro il maschio. In questo caso la donna subisce una doppia discriminazione.

I tassi che indicano dei mercati del lavoro problematici sono ancora una volta localizzati nei comuni più piccoli. Si citi ad esempio il caso del comune di Percile che mostra un tasso di attività, cioè di incidenza della forza lavoro sul totale della popolazione, pari a poco più del 28% contro un tasso medio della provincia che corrisponde a quasi il doppio.

Bassi tassi di attività, bassi tassi di occupazione, cioè basse percentuali di persone in età lavorativa che sono occupate, uniti ad alti tassi di disoccupazione individuano delle situazioni di crisi dal punto di vista lavorativo e possibili condizioni di disagio economico che devono essere affrontate con politiche di sostegno al reddito combinate con politiche attive del lavoro.



Tabella 8 – Principali indicatori del mercato del lavoro per il distretto socio sanitario RMG 3 – Censimento 2001

	Tasso di attività			Tasso di occupazione			Tasso di Disoccup. giovanile			Tasso di Disoccup.		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Casape	56,19	29,29	41,92	47,16	18,34	31,87	55,6	60,0	58,3	16,07	37,37	23,97
Castel M.	62,67	35,76	48,81	54,15	28,41	40,89	49,1	48,1	48,7	13,6	20,56	16,22
Cerreto Laziale	62,3	38,2	49,83	53,33	30,04	41,29	60,0	65,2	62,5	14,39	21,35	17,15
Siciliano	59,87	30,82	44,87	52,65	24,85	38,3	51,9	40,0	46,8	12,06	19,35	14,65
Gerano	56,98	24,26	40,25	52,13	17,22	34,28	43,8	85,7	56,5	8,5	29,01	14,82
Licenza	52,2	26,55	38,75	46,1	16,81	30,74	34,6	60,0	45,7	11,68	36,67	20,66
Mandela	57,94	32,84	45,48	51,47	27,46	39,56	56,3	18,2	40,7	11,17	16,36	13,03
Percile	40,82	15,05	28,27	40,82	15,05	28,27	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pisoniano	51,97	24,78	37,48	46,71	20,17	32,57	36,8	46,2	40,6	10,13	18,6	13,11
Poli	55,88	27,01	40,86	46,95	19,08	32,45	53,7	56,3	54,9	15,99	29,34	20,58
Roccagiovine	52,03	35,25	43,13	40,65	25,18	32,44	57,1	20,0	35,3	21,88	28,57	24,78
Sambuci	56,68	27,3	41,64	51,87	20,92	36,03	50,0	76,9	60,0	8,49	23,36	13,48
San G. da S.	56,05	26,56	40,87	51,08	20,78	35,48	37,9	45,8	41,5	8,88	21,76	13,19
San P. dei C.	62,64	30,78	46,83	57,88	25,15	41,64	40,7	39,1	40,0	7,59	18,3	11,09
Saracinesca	48,89	25,37	38,85	45,56	22,39	35,67	0,0	0,0	0,0	6,82	11,76	8,2
Tivoli	60,57	35,14	47,31	53,94	27,76	40,29	43,1	51,7	46,9	10,95	21,02	14,85
Vicovaro	57,85	30,39	43,56	48,79	21,08	34,38	61,5	67,5	64,2	15,65	30,63	21,09
Totale Provincia	61,69	40,45	50,44	55,31	34,43	44,25	39,9	43,6	41,7	10,35	14,89	12,28

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

Per quanto riguarda la struttura occupazionale, la tabella 9 illustra la distribuzione degli occupati secondo i settori di attività economica.

Tabella 9 - Occupati per sezioni di attività economica. Distretto socio sanitario RMG 3. Censimento 2001¹.

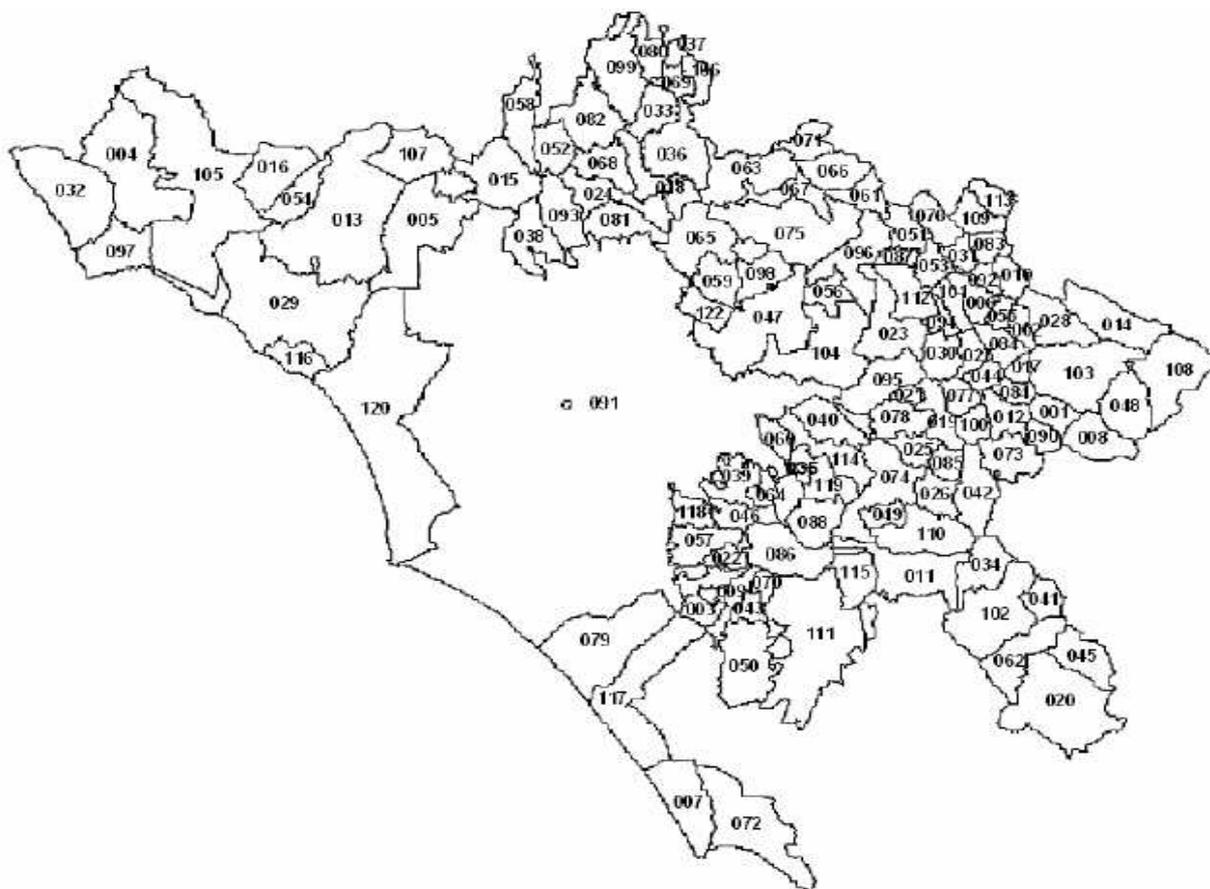
	A	F	Resto industria	G	H	L	M	N	O	Resto servizi	P	Totale
Casape	5,4	9,4	10,8	10,8	4,4	15,3	14,3	5,9	3,0	19,2	1,5	203
Castel M.	2,7	8,3	17,6	15,3	4,8	13,7	8,4	7,4	3,5	16,2	2,1	2.236
Cerreto L.	1,1	7,5	10,8	12,1	4,6	23,4	14,0	10,5	3,2	12,1	0,8	372
Siciliano	3,5	10,2	15,5	14,7	4,6	15,0	3,5	10,7	3,8	16,9	1,6	373
Gerano	3,0	13,8	13,3	15,7	3,6	15,7	6,1	8,6	5,2	13,3	1,7	362
Licenza	1,1	12,1	20,0	15,8	5,3	17,0	4,9	6,0	3,4	13,6	0,8	265
Mandela	3,7	6,7	18,4	10,5	8,2	15,4	8,2	7,1	3,0	18,0	0,7	267
Percile	3,7	13,0	18,5	22,2	11,1	16,7	1,9	5,6	1,9	5,6	0,0	54
Pisoniano	1,9	9,0	12,7	5,2	8,5	11,8	9,9	8,5	14,6	16,0	1,9	212
Poli	5,5	12,0	12,7	13,0	5,0	13,7	3,3	10,9	5,0	16,6	2,2	598
Roccag.	0,0	16,5	14,1	11,8	8,2	8,2	3,5	3,5	9,4	22,4	2,4	85
Sambuci	1,4	10,1	15,6	11,6	5,1	12,3	8,3	13,0	1,8	19,2	1,4	276
San G. da S.	13,6	10,4	14,5	12,2	3,6	12,9	3,6	4,8	6,1	15,4	2,7	441
San P. dei C.	4,2	9,1	17,1	14,7	4,6	12,7	8,3	7,8	3,5	16,9	1,1	834
Saracin.	5,4	5,4	16,1	8,9	3,6	16,1	5,4	8,9	5,4	23,2	1,8	56
Tivoli	1,5	7,6	18,7	15,3	4,4	12,8	8,7	9,6	3,9	16,4	1,1	17.008
Vicovaro	1,8	11,8	15,9	11,7	5,4	14,2	8,5	13,0	3,4	12,8	1,5	1.100
Totale RMG3	2,1	8,3	17,8	14,7	4,6	13,3	8,4	9,4	3,9	16,2	1,3	24.742
Totale Prov.	2,1	6,4	12,5	13,7	4,9	14,5	8,0	8,1	5,1	22,6	2,2	1.414.413

Fonte: Ns. elaborazione su dati Istat

¹Le lettere corrispondono ai seguenti settori di attività: A: Agricoltura, caccia e silvicoltura; F: Costruzioni G: Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazioni beni personali e per la casa; H: Alberghi e ristoranti; L: Pubblica amministrazione e difesa; assicurazione sociale obbligatoria; M: Istruzione; N: Sanità e altri servizi sociali; O: Altri servizi pubblici, sociali e personali; P: Servizi domestici presso famiglie e convivenze.

I principali settori di occupazione del distretto sono rappresentati dall'industria, che conta circa il 19% degli occupati, a cui segue il commercio con più del 14%, la pubblica amministrazione che registra il 13% e infine, la Sanità e l'istruzione con rispettivamente il 9% e l'8% degli occupati del distretto sociosanitario RMG 3. Anche il numero degli occupati secondo la posizione nella professione - cioè se il lavoratore censito risulta imprenditore e/o libero professionista; oppure lavoratore in proprio; socio di cooperativa; coadiuvante familiare e dipendente o in altra posizione subordinata - è maggiormente concentrato proprio in questa ultima figura. Bisogna dire che la figura di lavoratore in proprio in alcuni settori come il commercio o l'industria raggiunge delle percentuali significative a testimonianza di un tessuto produttivo ancora vitale che potrebbe affrontare la difficile situazione occupazionale in maniera positiva grazie all'aiuto di apposite politiche che però travalicano la dimensione distrettuale.

I Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli nell'ambito della Provincia di Roma, distinti per Codici Istat



Comuni	Codice Istat
<i>Casape</i>	<i>021</i>
<i>Castel Madama</i>	<i>023</i>
<i>Cerreto Laziale</i>	<i>027</i>
<i>Cielliano</i>	<i>030</i>
<i>Gerano</i>	<i>044</i>
<i>Licenza</i>	<i>051</i>
<i>Mandela</i>	<i>053</i>
<i>Perale</i>	<i>076</i>
<i>Pisoniano</i>	<i>077</i>
<i>Poli</i>	<i>078</i>
<i>Roccagiovine</i>	<i>087</i>
<i>Sambuci</i>	<i>094</i>
<i>San Gregorio da Sassola</i>	<i>095</i>
<i>San Polo dei Cav.</i>	<i>096</i>
<i>Saracinesco</i>	<i>101</i>
<i>Tivoli</i>	<i>104</i>
<i>Vicovaro</i>	<i>112</i>

3. Il quadro territoriale dei bisogni

L'analisi sociologica e demografica del distretto sociosanitario RMG 3 ha rilevato che sta soprattutto nella configurazione territoriale dei servizi di welfare il principale nodo problematico la cui soluzione è propedeutica alla costruzione di un sistema di welfare territoriale che sappia coniugare efficienza economica e efficacia delle politiche sociali.

La presenza di un buon numero di comuni con meno di 1.000 abitanti e la concentrazione della domanda di servizi in quelli più grandi, consiglierebbero di evitare un'eccessiva dispersione degli stessi servizi nell'ampio territorio del distretto. Dal punto di vista meramente economico mantenere un presidio in un comune di 152 abitanti risulta eccessivamente costoso in confronto allo spostamento dello stesso in un comune di grandi dimensioni dove spendendo di meno si copre una fascia di utenza più ampia. Una soluzione di questo genere però comporta dei costi sociali molto alti che, potessero entrare in qualsiasi sistema di contabilità per la valutazione dei costi e dei benefici, ne sconsigliano l'applicazione perché comporta una grave perdita dal punto di vista dell'efficacia delle politiche sociali e degli effetti impreveduti molto dannosi per la sostenibilità dello stesso distretto.

I costi sociali più facilmente identificabili ricadono sulla popolazione anziana dei piccoli comuni che venendo privata di interventi assistenziali nei propri comuni di residenza, quali ad esempio un presidio sociosanitario, sarebbe costretta per esigenze di salute a spostarsi nei grandi comuni. Per i grandi anziani, o per quelli che hanno qualche disabilità, come anche per gli anziani che sono ancora in buona salute ma che vivono in case sparse, una tale decisione di accentramento rappresenterebbe l'isolamento.

Lo stesso discorso si può fare per i minori a proposito delle politiche educative, culturali e dei servizi scolastici e per tutte le figure sociali particolarmente deboli. Il cumularsi di questi fenomeni porterebbe al progressivo trasferimento dei nuclei familiari dai piccoli comuni verso i maggiori e, al contempo, porterebbe a sconsigliare qualsiasi trasferimento da questi ultimi verso i piccoli comuni. In conseguenza di ciò si avrebbe, in un processo di causazione circolare, un progressivo spopolamento e isolamento dei piccoli comuni. Ciò, nel lungo periodo, condizionerebbe la sopravvivenza stessa del distretto.

Nasce dunque la necessità di individuare un equilibrio tra l'esigenza di razionalizzare la spesa e quella di migliorare i servizi, aumentandone la diffusione nel territorio. Questo necessario compromesso può essere assicurato solamente attraverso una configurazione flessibile dei servizi sociali. Ciò potrebbe significare, in parole povere, che sono i servizi che devono raggiungere quelle fasce dell'utenza che non sono in grado di arrivare ad essi. Si pensi ad esempio, all'esperienza di un'unità di strada in cui gli operatori vanno incontro alla domanda di servizi che in questo caso però risulta inespressa.

Il lavoro di pianificazione nei prossimi anni va pertanto orientato strutturalmente in una direzione precisa: trovare soluzioni vettoriali, mobili, di accesso ai servizi che devono de-istituzionalizzarsi per diventare opportunità dinamiche, progetti e azioni vicini ai territori e all'utenza più disagiata.

Il seguente quadro territoriale dei bisogni emergenti nell'ambito del Distretto Sociosanitario di Tivoli è frutto anche del lavoro svolto dai 6 *Tavoli tematici* attivati con deliberazione dell'Assemblea dell'Accordo di Programma (ora Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma) e dietro l'indicazione formalmente espressa dal Comitato Tecnico-Scientifico Distrettuale (nello specifico: *Famiglia e minori, Disagio Psicico, Anziani, Diversamente abili, Inclusione sociale ed immigrazione, Tossicodipendenza*).

Di grande ausilio è stato poi l'utilizzo dei focus group da parte dell'Osservatorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli con l'obiettivo di analizzare i bisogni sociali della cittadinanza; ciò, difatti, è fondamentale per pianificare in modo strategico gli interventi ed i progetti da inserire nella pianificazione sociale territoriale. A tal riguardo, gran parte del lavoro di ricerca dell'Osservatorio, nell'ultimo anno, è stata dedicata ad intercettare i bisogni non ancora soddisfatti (o solo in parte soddisfatti) dai servizi pubblici e del privato sociale del territorio.

L'Osservatorio ha optato, specificatamente, per una metodologia di rilevazione idonea allo scopo, che consentisse di lavorare in tempi più brevi di quelli richiesti da una rilevazione a tappeto: i *focus group*, per l'appunto. Si tratta di una modalità di raccolta dei dati molto utilizzata nelle scienze sociali, nata negli Stati Uniti ad opera di due sociologi degli anni '40 del secolo scorso, K. Levin e R. Merton, al fine di focalizzare un argomento e far emergere dalle dinamiche del gruppo e dalle relazioni tra i partecipanti le informazioni desiderate. Le persone con cui approfondire le singole tematiche sono state selezionate sulla base della loro competenza rispetto a diverse aree di interesse, dovuta o alla propria personale esperienza, o alla propria professione.

In totale sono stati organizzati sette gruppi, che hanno tenuto conto delle aree tematiche intorno alle quali viene organizzato il Piano Sociale di Zona: anziani, assistenza domiciliare, disabili, disagio psichico, giovani, immigrazione, minori e famiglie, tossicodipendenze.

Il suddetto quadro viene proposto di seguito tenendo conto delle diverse tipologie di fruitori dei servizi.

3.a Area Minori e Famiglia. L'ambito dei minori e delle famiglie è sicuramente uno dei più delicati sui quali intervenire. Si tratta infatti di un'area di azione fortemente determinante per il livello di benessere sociale. Per quel che riguarda i minori un intervento tempestivo su problematiche emergenti può fare davvero la differenza, impedendo lo sviluppo di serie difficoltà nelle successive fasi di sviluppo.

Dalla conduzione degli specifici tavolo tematico e focus group è emersa l'importanza di un'azione a tutto tondo, che coinvolga il nucleo familiare nella sua dimensione più ampia. In molti casi un intervento di sostegno alla genitorialità può infatti evitare il verificarsi di situazioni problematiche o l'aggravarsi di situazioni già critiche. Rispetto a questo specifico aspetto è stata segnalata, negli incontri di approfondimento, la scarsa presenza di servizi territoriali che si dedichino alle relazioni familiari.

In particolare emerge la necessità di creare spazi di incontro per genitori, o future madri dove questi possano confrontarsi con persone che presentino le stesse difficoltà, supportati da figure professionali specifiche (assistenti sociali, psicologi). Viene auspicato in questo senso un ampliamento delle mansioni e delle attività dei consultori, perché diventino spazi sociali aperti all'incontro e al dibattito.

Per quel che riguarda i minori, i servizi che si occupano di questo tipo di utenza all'interno del Distretto sono diversi: si va dagli asili nido alle ludoteche, per arrivare ai classici servizi di assistenza implementati dall'Ente locale.

Lo scoglio più grande emerso sia in occasione del focus group relativo a "Minori e famiglie" che in quello relativo ai "Diversamente abili" è rappresentato dalle strutture in grado di valutare e prendere in carico il minore che presenti delle problematiche. Il servizio ASL "Tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva" è in questo ambito la principale se non unica risorsa. Il servizio che prevede la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neuromotori, neuropsichiatrici e psicopatologici riguardanti i minori da 0 a 18 anni residenti nei Comuni del Distretto, presenta però diverse difficoltà.

La principale è che i bambini vengono indirizzati all'ASL anche per problemi di lieve entità, quali ad esempio difficoltà nell'apprendimento della lingua italiana, conseguenti all'origine straniera. L'elevato numero di utenti, sommato alla scarsità di risorse umane determina a catena due ordini di problemi: da un lato lunghe liste d'attesa per gli utenti, dall'altro il sovraccarico di lavoro per coloro che lavorano nel servizio, che comporta mancanza di tempo da dedicare alla pianificazione e al confronto sui casi seguiti da diverse prospettive specialistiche.

Nel corso degli incontri è stata segnalata dall'ASL una falla nel sistema normativo comunale: secondo il regolamento comunale, infatti affinché un ragazzo possa avere un assistente educativo deve rientrare tra coloro che necessitano di un insegnante di sostegno. Ciò implica la necessità di richiedere un sostegno di questo secondo tipo, anche per coloro che avrebbero semplicemente bisogno di un assistente educativo.

A livello sistemico, poi, molti dei servizi previsti dal piano di assistenza ai minori e alle famiglie sono gestiti da equipe miste (tra ASL, Servizi sociali del comune e cooperative che implementano i servizi), ad esempio il Polo Affidi o l'equipe che valuta gli interventi in base alla Legge 285/97. Vengono però evidenziate difficoltà di comunicazione e la mancanza di spazi per un confronto trasversale tra le diverse equipe, che hanno spesso punti di contatto. In controtendenza a queste difficoltà va evidenziato, però, che il Distretto Sociosanitario di Tivoli ha puntato sulla realizzazione di attività finalizzate ad agevolare l'affidamento familiare per mezzo del progetto "Mai senza amore".

Colpisce, inoltre, la presenza sul territorio anche di associazioni di volontariato che si occupano di supportare le difficoltà dei minori e delle famiglie. Queste strutture lamentano però difficoltà nel far conoscere le proprie attività e nell'ottenere un supporto da parte istituzionale.

Un'ulteriore carenza messa in evidenza durante i focus, è la scarsa presenza di centri di prima accoglienza e case famiglia per minori in difficoltà. Ce ne sono solo tre sul territorio e la loro saturazione implica l'invio dei ragazzi a strutture romane. Le rette dedicate all'accoglienza in strutture extraterritoriali, potrebbero essere

utilizzate per costruire strutture di accoglienza Distrettuali, riavvicinando poi il minore, laddove ritenuto opportuno, al contesto originario.

Indichiamo qui alcune ipotesi di intervento:

- Creazione di spazi di supporto alla genitorialità interni ai consultori, o gestiti da Enti del Privato Sociale che consentano il confronto e diano supporto a genitori in difficoltà e a persone in procinto di diventare genitori;
- Creazione di appositi spazi di confronto tra i diversi soggetti che si occupano di minori: ASL, servizi sociali, cooperative, per migliorare la comunicazione e rendere più fluidi i rapporti tra Sociale e Sanitario;
- Implementazione di un progetto itinerante nelle scuole, che consenta di valutare in sede i ragazzi problematici, e capire se sia più opportuno l'invio alla ASL, o piuttosto a strutture alternative in grado di supportare i ragazzi. Il progetto, piuttosto che gravare interamente sulla Azienda Sanitaria Locale, potrebbe sfruttare la collaborazione di esperti provenienti dal Terzo Settore, o avvalersi di collaboratori a progetto.
- Istituzione di centri per famiglie, sul modello di quelli già presenti in realtà territoriali vicine (Monterotondo, Guidonia);
- Ampliamento dell'offerta territoriale di alloggi per minori in difficoltà.
- Revisione del regolamento comunale sull'assistenza scolastica ed educativa, affinché arrivi a considerare gradazioni diverse di disagio e misure di supporto adeguate all'entità delle problematiche;
- Progettazione di Piani d'Offerta Formativa di sistema, da parte delle scuole, per coordinare gli interventi di tipo extradidattico ed educativo;
- Attivazione di interventi continuativi di prevenzione del bullismo ed educazione alla legalità;
- Elaborazione di politiche specifiche di genere, dei tempi, per la genitorialità;
- Attivazione di unità di strada di educativa territoriale in grado di favorire l'animazione di territorio a favore di minori e famiglie;
- Progettazione e realizzazione di interventi di mediazione sociale e dei conflitti.

3.b Area Anziani. A differenza di qualche decennio fa, 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.

All'interno dei centri polivalenti per anziani vengono organizzati dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani stessi e ai bambini. Per quanto riguarda i primi vengono attuate attività culturali e di socializzazione, ludico-ricreative, socio-sanitarie e fisiche. Per quanto riguarda i bambini, in alcuni centri più grandi viene attuato un servizio di "Nonno vigile" fuori le scuole.

È proprio nello svolgere tali attività che l'anziano avverte la necessità di spazi più ampi, di risorse economiche ed umane, che vadano a colmare la mancanza di strutture e strumentazioni adeguate, per lo svolgimento delle stesse.

Le maggiori difficoltà si avvertono nei servizi e nelle attività socio-sanitarie. Nei grandi centri urbani, come Tivoli sono attuati dei servizi di visite mediche, prelievi del sangue per analisi cliniche, in modo autonomo da parte dei centri per anziani, attraverso accordi presi con strutture private che offrono tale servizio. Mentre nei piccoli centri a causa dell'assenza in loco di strutture private e pubbliche questi servizi non vengono attuati. Ma a tale assenza sopraggiunge un altro problema ancora più grande, la difficoltà di raggiungere con mezzi pubblici le cittadine più vicine con servizi sanitari. Tale diversità è dovuta soprattutto alla differenza culturale e sociale degli anziani stessi che popolano il distretto; i quali per una serie di fattori sociologici, hanno condotto stili di vita diversi gli uni dagli altri.

Ecco perché anche i centri diurni (detti anche "centri anziani"), in base al paese in cui sono collocati, sono frequentati o da persone che si accontentano di trascorrere il tempo giocando a carte accompagnati da un bicchiere di vino o da persone piene di proposte e idee da realizzare per il proprio miglioramento fisico-psichico e culturale. Questo determina spesso la mancanza di collaborazione tra i centri appartenenti allo stesso distretto: ciò è dovuto a interessi diversi, a difficoltà riguardanti la partecipazione e la realizzazione delle iniziative proposte, alle agevolazioni che si riescono ad ottenere tramite conoscenze dirette e per il bagaglio culturale personale.

In alcuni paesi, dicevamo, risulta difficile da parte delle persone anziane raggiungere i comuni circostanti tramite i mezzi pubblici a causa degli orari, delle corse limitate e della mancata assistenza durante lo spostamento. Al contrario, le persone anziane dei paesi più grandi non avvertono molto questo problema perché hanno servizi, strutture e negozi a portata di mano. Quello di cui ha bisogno qualsiasi persona anziana che ha margini sufficienti di autonomia e mobilità, è una buona assistenza. Assistenza intesa come interazione, aiuto durante le attività, soddisfazione di bisogni primari, come accompagnare il cittadino anziano a fare la spesa, una visita medica, dei controlli, 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. Non sempre le persone anziane hanno la disponibilità da parte della famiglia, e troppo spesso l'anziano stesso si rifiuta di abbandonare la propria casa e la propria indipendenza per andare dai figli o in strutture private. Ciò non toglie che a una certa età, nonostante la volontà e lo spirito giovanile, non si ha la stessa energia e non si è più in grado di essere autosufficienti al cento per cento. 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, dobbiamo provare a

ricrearle, a rafforzarle in maniera capillare, favorendo il dialogo intergenerazionale, processi di socializzazione tra pari, momenti in cui siano l' interazione ed il dialogo a prevalere.

In alcuni casi poi, la rete dei servizi sembra attivarsi anche in maniera interessante e sperimentale. Il problema è la gestione dei passaggi successivi, obbligati laddove si prenda in carico una persona con un bisogno: altrimenti si rischia solo di farlo emergere, senza riuscire a seguirne evoluzioni e risposte. Parliamo di tutte quelle condizioni che potremmo definire di anomia e che possono essere riassunte nell'esempio che segue.

Nel distretto RMG 3 viene attuato un buon servizio: l' ECG (elettrocardiogramma). L'esame viene effettuato – cosa positiva – presso i centri anziani dei 17 comuni dall'equipe della ASL, la quale si preoccupa di far pervenire la risposta ma non segue l'anziano nei passi successivi in caso di esito positivo. Anche in questo caso, le persone dei comuni più piccoli avvertono maggiori difficoltà nel decidere cosa fare, dove e a chi rivolgersi. L'ospedale più vicino è quello di Tivoli: si ricollega il problema dello spostamento.

I Comuni e il Distretto attuano una serie di servizi riguardanti l'assistenza domiciliare. È da sempre presente sull'intera area distrettuale la necessità di assistere gli anziani, specie quelli non autosufficienti; questo problema si è amplificato soprattutto negli ultimi tempi a causa dell'allungamento della vita media e della poca disponibilità delle famiglie nell'assistenza: questo accade a causa dell'attività lavorativa che diventa sempre più intensa anche da parte delle donne. Le richieste da parte degli anziani riguardano principalmente risorse economiche e umane per aumentare le ore di assistenza da parte di operatori specializzati che vadano ad intervenire su anziani non autosufficienti e/o con problematiche specifiche (interventi curativi e riabilitativi domiciliari, anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza) e per l'acquisto di una strumentazione adeguata per lo svolgimento del servizio nei centri anziani e una possibile riattivazione di alcuni servizi sanitari.

I bisogni espressi dagli anziani per alcuni aspetti coincidono con quelli avvertiti dagli operatori. Parliamo, per esempio della necessità di più ore lavorative per una continuità nel seguire gli utenti, di una reale collaborazione tra le strutture che offrono servizi come metodo di lavoro (creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati), oltre che di una maggiore presenza del medico di base.

Ciò che è emerso in sede di analisi delle risorse e delle criticità organizzative, ritorna anche nei focus. Gli operatori specializzati nel lavoro sociosanitario con un'utenza anziana richiedono insistentemente di essere formati tramite corsi specializzati e d'aggiornamento per un riconoscimento del ruolo, per sviluppare maggiori competenze, e soprattutto per la diffusione di una cultura organizzativa e lavorativa che favorisca la valorizzazione continua delle potenzialità residue, anche attraverso la pianificazione degli interventi.

Al di là di una serie di considerazioni già riportate nelle pagine precedenti, riprendiamo alcune ipotesi di lavoro specifiche che riguardano i servizi e le opportunità a favore dei cittadini più anziani:

- Spazi più ampi di socializzazione e aggregazione;
- Necessità di strutture adeguate;
- Attivazione di un servizio (alternativo a quello pubblico?) adeguato per il trasporto delle persone anziane e per quelle non autosufficienti;

- Attivazione di un servizio sanitario riguardante il prelievo del sangue (prelievo – trasporto - risultato);
- Presenza di un mediatore tra i diversi centri anziani dei 17 comuni per le attività sanitarie e quelle ludico-culturali;
- Banca del tempo;
- Corsi di specializzazione per gli assistenti sociali;
- Attività ludico-culturale riguardanti i 17 comuni del distretto RMG3;
- Progetti di assistenza domiciliare e di accompagnamento nelle diverse attività socio-sanitarie, che prevedano l'impiego di maggiori risorse umane ed economiche;
- Servizio di accompagnamento nella prassi successiva al servizio già svolto dell'ECG;
- Corsi di formazione, di specializzazione e di aggiornamento per operatori sociali, che esercitano nell'assistenza domiciliare;
- Creazione di una rete tra strutture pubbliche, private e con il medico di base;
- Assistenza domiciliare da parte del medico di base;
- Programma di assistenza domiciliare a rotazione degli operatori;
- Attività di sensibilizzazione rivolte ai giovani, attuabili nelle scuole e con l'impiego degli anziani stessi per ripristinare un dialogo intergenerazionale.

3. c Area degli immigrati e dell'inclusione sociale. Il Distretto RMG 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 contenuto degli affitti e la presenza all'interno del territorio di comunità di immigrazione che vanno assumendo maggiore stabilità (come quella rumena) e che di conseguenza contribuiscono ad innescare un processo di "catena migratoria", richiamando connazionali.

Si tratta di una realtà che non è sfuggita all'attenzione degli amministratori e delle diverse strutture territoriali del privato sociale. Problematico è però gestire un fenomeno che sfugge nella sua entità numerica reale e che si confonde con altre forme di disagio.

In molti comuni la presenza immigrata raggiunge percentuali piuttosto elevate: abbiamo ricordato nel primo capitolo il caso dei piccoli comuni. 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 la scorsa estate del campo sito nell'ex polverificio Stacchini a Tivoli Terme, nel quale trovavano rifugio non solo rom, ma anche persone disagiate appartenenti a

diverse categorie. Le problematiche alloggiative sollevate da tale intervento hanno 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. L'Ente si trova però 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 ad hoc.

Rispetto all'erogazione dei servizi le difficoltà di intervento riguardano principalmente gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, per i quali non si può attivare un intervento dei servizi sociali e che non hanno ben chiaro come usufruire dei servizi sanitari. In questo ambito un servizio molto utile risulta essere anche quello del centro di orientamento e ascolto che andrebbe potenziato.

Per politiche di inclusione sociale, inoltre, si intendono tutti quegli interventi volti a migliorare il livello di integrazione dei cittadini immigrati nella comunità locale. A questo proposito va segnalata la scarsa attenzione riservata alla pratica della mediazione culturale all'interno della Pubblica Amministrazione, strumento indispensabile per un'efficace comunicazione con l'utenza.

Rispetto alla mediazione sociale, dai focus group è emersa la percezione diffusa di contraddizioni presenti nel tessuto sociale su cui sarebbe necessario lavorare per evitare l'emergere di una maggiore conflittualità sociale. In particolare viene posta in luce la necessità di attività che spingano ad una reciproca conoscenza tra popolazione autoctona e cittadini immigrati e facilitino lo scambio culturale per una piena integrazione. In quest'ambito è stata espressa l'esigenza di avere spazi per una maggiore espressione culturale delle culture migranti, che possano costituire un luogo di incontro e scambio anche con i cittadini italiani.

Indichiamo di seguito alcune ipotesi di intervento:

- Potenziamento del Centro Informa stranieri da utilizzare come segretariato sociale che possa indirizzare ; effettuare una presa in carico leggera dell'utenza straniera;
- Ampliamento della disponibilità di case alloggio e centri di accoglienza per stranieri;
- Rinforzo alle azioni di sostegno e promozione delle comunità straniere;
- Attivazione di progetti di microcredito che favoriscano l'autoimprenditorialità e la fuoriuscita da situazioni di emergenza;
- Avvio di un progetto di mediazione sociale sul territorio che coinvolga in particolar modo le fasce giovanili della popolazioni, facilmente coinvolte in episodi di bullismo.
- Ampliamento degli interventi di alfabetizzazione di italiano.
- Incremento del numero di mediatori culturali all'interno della Pubblica Amministrazione;
- Avvio di progetti di sviluppo imprenditoriale mirati;
- Corsi di formazione e aggiornamento per badanti;
- Istituzione del Consigliere comunale per gli immigrati, almeno nei comuni più grandi.

3.d Area dei giovani. All'interno del territorio del Distretto si va assistendo ad un progressivo invecchiamento della popolazione, come d'altronde in tutta Italia. In particolare dall'analisi delle piramidi delle età appare evidente come tra il 1991 e il 2004 una sensibile riduzione abbia interessato le fasce di età 15-19 e 20-24. Ciò non toglie che sia necessario pensare e ri-pensare delle politiche giovanili in grado di venire incontro e soddisfare le richieste dei cittadini più giovani.

La mancanza di spazi dedicati specificamente alle giovani leve, unita alla vicinanza con la capitale, può infatti favorire una proiezione dei giovani all'esterno del territorio distrettuale, alla ricerca di un più facile accesso ad ambienti sociali e culturali di espressione.

Se alla spinta verso l'esterno determinata dalla dimensione professionale si aggiunge quella che nasce dalla ricerca di una dimensione aggregativa si rischia una fuga di risorse, energie e potenzialità preziose per la crescita e lo sviluppo della realtà sociale locale.

Diverse sono le risorse territoriali che si occupano del mondo giovanile. Purtroppo si assiste ad una forte concentrazione territoriale delle strutture nel comune capofila, caratteristica che rende i servizi meno fruibili dalla totalità dell'utenza e che contribuisce alla trasformazione dei diversi comuni del Distretto in semplici comparse, a fronte del protagonismo tiburtino.

L'indagine condotta per rilevare le risorse del territorio ha permesso di individuare le strutture che, all'interno del distretto, orientano le proprie attività alle fasce giovanili della popolazione. Il questionario somministrato richiedeva ai diversi enti di indicare, attraverso una scelta multipla tra fasce di utenti, a chi rivolgono i propri servizi. Le fasce più servite risultano essere quelle svantaggiate o diversamente abili, anche tra minori, giovani e adolescenti. Sebbene questo sia un dato importante, è il caso di prestare attenzione, in questa sede, anche all'altra faccia della medaglia, ossia la scarsa attenzione prestata a minori, adolescenti e giovani non svantaggiati. In particolare la minima percentuale di servizi/opportunità che riguardano i giovani non svantaggiati implica la mancanza di un tipo di attività rivolte alla promozione dell'agio piuttosto che alla riduzione del disagio. Un ambito sul quale sarebbe utile investire.

Bisogna inoltre considerare come i servizi rilevati non siano tutti a carattere permanente, dal momento che in alcuni casi si tratta di progetti attivati a seguito di bandi dell'Ente locale e gestiti da realtà del Terzo settore. In particolare, progetti volti alla prevenzione e riduzione dei rischi, alla riduzione del danno e al miglioramento della qualità della vita, come il progetto Force, o all'educazione tra pari indirizzata a soggetti a rischio o in situazioni di dipendenza, all'interno della popolazione giovanile. Purtroppo in questi casi si paga lo scotto di una progettualità soggetta a finanziamenti a singhiozzo, che rendono meno stabile l'offerta.

In termini di politiche giovanili, i bisogni che emergono dalla ricerca abbracciano due ambiti distinti: quello aggregativo e quello professionale: sono proprio gli ambiti che spingono ad un probabile allontanamento dal territorio. Per quel che riguarda il primo ambito, viene espressa la necessità di spazi idonei all'espressione e all'incontro per evitare di ridurre il tempo libero giovanile a mero passeggio per le strade del centro. Viene inoltre richiesta maggiore elasticità nei confronti degli spazi gestiti dai giovani per i giovani che soffrono delle restrizioni

legislative che impongono, per esempio, l'interruzione della musica alle 2.00 di notte, sebbene situati in posizione distante dal centro abitato.

Rispetto all'ambito lavorativo si avverte l'esigenza di sviluppo di possibilità lavorative in loco, magari attraverso tirocini.

Una forte difficoltà espressa dalle realtà territoriali, trasversale ai diversi ambiti di intervento, è la scarsa comunicazione esistente tra le diverse strutture che si occupano di giovani. Viene lamentata una certa autoreferenzialità delle strutture nel portare avanti i propri progetti senza sviluppare un lavoro di rete.

E' in questo senso assai positiva l'istituzione del forum delle Politiche Giovanili, al quale sono invitati a partecipare sia associazioni formali che gruppi giovanili. Sicuramente un passo avanti verso la partecipazione alla politica delle fasce giovanili della popolazione. Purtroppo anche in questo caso è stata lamentata la scarsa risposta fornita dai giovani.

Indichiamo, ora, alcune piste di lavoro:

- Ampliamento dell'offerta di spazi aggregativi giovanili, sia diurni che serali. In particolare sembra importante, ove ciò non costituisca disturbo della quiete pubblica, ossia quando i locali siano posizionati ad una cospicua distanza dai centri abitati, creare valide alternative, in termini ricreazionali ed aggregativi agli spazi offerti dalla capitale;
- Campagna capillare di sensibilizzazione rivolta ai giovani sulle offerte del territorio, per ampliarne la partecipazione e la consapevolezza.
- Creare uno strumento di comunicazione efficace tra le diverse realtà territoriali che si occupano di giovani (newsletter, blog etc) per attivare delle dinamiche di rete.
- Moltiplicare gli incontri del Forum delle politiche giovanili, perché diventi davvero uno spazio di dibattito e confronto;
- Organizzazione di festival itineranti nel territorio distrettuale, con il coinvolgimento delle diverse realtà territoriali, per promuovere la conoscenza di tutto il territorio distrettuale ed incentivare la creatività giovanile in ambito culturale;
- Sviluppare informazioni e sostegno relativi ai progetti di imprenditoria giovanile;
- Approfondire la conoscenza delle risorse e dei programmi pubblici rivolti ai giovani, per utilizzarle a fini culturali e aggregativi;
- Agire sul digital-divide con una politica locale di accesso alle tecnologie, wireless e wi-fi all'aperto, sconti mirati sull'acquisto di prodotti;
- Valorizzare gli spazi inutilizzati e permettere di destinarli ad uso socializzante e aggregativo;
- Prevedere la possibilità di utilizzare case e immobili territoriali ad affitto calmierato per favorire esperienze di autonomia;

- Acquistare a livello distrettuale attrezzature, tecnologie (palchi, computer, amplificatori, strumentazioni hi-fi) e strumenti da utilizzare per organizzare eventi territoriali;

Mediare come istituzioni con le banche locali per l'accesso al credito.

3.e 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.

Per affrontare tali problemi è necessario esortare innanzitutto l'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.

Nel distretto sono presenti in misura ampia rispetto alle strutture pubbliche il privato sociale ed il privato convenzionato che, tutto sommato, permettono di raccogliere un vasto numero di utenti provenienti da diversi dipartimenti sanitari e da diverse regioni. Tali realtà, però, prevedono il trattamento della patologia sotto il punto di vista strettamente clinico, tralasciando approcci di inclusione sociale, psichiatria di comunità, inserimento sociale e lavorativo. Al fine di sopperire a queste necessità di inclusione e riabilitazione sociale dei disagiati psichici il Distretto Sociosanitario di Tivoli ha attivato un Centro Diurno per Disagiati psichici denominato "La Fenice" che, purtroppo, è rimasto attivo solo per un anno. Il Centro che è inquadrabile nei termini di un *Laboratorio preformativo per persone con problemi psichiatrici* è stato comunque inserito nel *Piano Distrettuale per la Non autosufficienza* e si prevede di poterlo riattivare non appena saranno disponibili i fondi regionali.

Infatti, l'isolamento sociale da parte dei pazienti (drop-out e lungodegenti) e la scarsa collaborazione tra progetti e servizi che caratterizzano questa area, rappresentano uno dei veri nodi da sciogliere. Il ritiro progressivo da parte del paziente verso uno status di isolamento e la marginalità operata dal resto della popolazione costituiscono un vero scoglio alla promozione del benessere psichico della persona con problemi di salute mentale.

Nel distretto, oltre al CSM e alle case di cura per il disagio psichico, risultano realmente carenti le strutture intermedie, come i centri diurni che potrebbero rappresentare una risorsa importante per il reinserimento sociale e lavorativo. Si tenga presente che anche in questi casi non parliamo necessariamente di aggiungere servizi a servizi: quello che andrebbe fatto con un po' di rigore è verificare se la filiera di intervento tradizionale regge e include, e una volta individuate le criticità bisognerebbe sostituire a degli interventi a basso impatto interventi efficaci. Entriamo nel merito con un esempio: una grossa parte delle persone con doppia diagnosi o disagio mentale vengono ciclicamente ricoverate in strutture private convenzionate. Lo Stato paga per questo rette quotidiane alte per la degenza. Ma il circolo vizioso che si innesca spesso impedisce un progressivo inserimento sociale e porta più che altro a cronicizzare la situazione con continuativi ricoveri. Se parte dei soldi spesi per le degenze medie o reiterate si spendessero in un'altra direzione (inserimenti socio lavorativi, appartamenti protetti, etc.) potremmo aumentare di molto l'efficacia degli interventi rispetto all'inclusione dei soggetti interessati.

Di seguito, alcune proposte prioritarie:

- Lavorare con la comunità affinché non si consideri il disagio psichico una forma di disabilità e di pericolo (insicurezza percepita);
- Attuazione dei piani di sensibilizzazione, di relazione e socializzazione, anche attraverso corsi di formazione per operatori volontari presso strutture già presenti nel territorio, o di tutor che affianchino e sostengano il paziente in dimissione nel re-inserimento nella società;
- Attuazione di corsi mirati alla formazione dei pazienti per l'inserimento lavorativo;
- Progetti mirati nell'individuazione di soggetti a rischio nelle scuole per capire quante persone con disagio realmente si rivolgono al CSM e/o chiedono aiuto (soprattutto tra i giovani);
- Risolvere il bisogno riguardante l'assistenza: da parte delle strutture sanitarie, dalle famiglie e dai volontari tramite associazioni. E' necessaria l'integrazione e la collaborazione durante gli interventi per migliorare le condizioni dei disagiati.
- Definizione di un piano strategico settoriale sulla salute mentale di respiro triennale, che riprenda il progetto-obiettivo della riforma sanitaria, introduca elementi di psichiatria, psicologia e sociologia di comunità negli interventi, preveda nove filiere progettuali ad alto impatto di inclusione.

3.f Area della disabilità. Le difficoltà sensoriali, di mobilità o quelle riguardanti i rapporti interpersonali rappresentano la disabilità causata dall'handicap. La preoccupazione principale che sembra emergere dai focus è di natura sistemica: la carenza di una rete di comunicazione tra i vari servizi e le varie strutture operanti nel territorio sta diventando un problema ridondante che mette in evidenza uno scarso scambio di sinergie tra strutture e servizi e una scarsa informazione e programmazione da parte dei singoli servizi stessi.

Le strutture evidenziano anche delle problematiche di carattere economico che vanno ad intaccare dei punti salienti che riguardano la tutela dei pazienti (quando questi sono in RSA), come ad esempio l'igiene degli edifici stessi e dei stessi disabili. Si riscontra anche la non attuazione della L. 162/2006, riguardante l'assistenza indiretta, in base alla quale l'importo previsto per l'assistenza al disabile viene erogato direttamente al disabile interessato, il quale provvede poi alla scelta e al pagamento della persona che lo deve assistere.

Una grave mancanza denunciata trasversalmente da utenti, operatori e familiari si riscontra nello scarso sostegno, cura e assistenza da parte della ASL sia per quanto riguarda l'organico insufficiente a disposizione per il servizio, sia per quanto riguarda il servizio svolto, che è focalizzato solo sul versante esclusivamente sanitario e per nulla sociale. Vi è una assenza totale di un intervento multidisciplinare che potrebbe anche coinvolgere le organizzazioni non profit territoriali.

Si riscontra, poi, una scarsa partecipazione della popolazione attiva e delle associazioni in termini di sensibilizzazione, iniziative, progettualità, oltre che la presenza delle barriere architettoniche sia in ambiti pubblici che privati.

Torniamo ora a quanto detto rispetto agli anziani: una parte di un bisogno viene soddisfatta, ma poi le fasi successive di intervento che dovrebbero produrre ulteriori risposte sono superate a piè pari o addirittura non

considerate. Ad esempio, pur essendo presente l'assistenza da parte di un insegnante di sostegno durante l'attività scolastica per i portatori di handicap, si riscontra una carenza nel servizio di scuolabus.

Ancora: presso l'Ufficio per l'impiego si cerca di affrontare il problema del posto di lavoro accessibile ai portatori di handicap, ma troppo spesso si è in graduatoria da un periodo di tempo lungo purtroppo con un punteggio basso. Si aggiunga a ciò, per rimanere sul tema delicato del l'inserimento lavorativo (L. 68), che a volte vengono attuati dei corsi di formazione professionale per disabili, organizzati dal Comune tramite i finanziamenti della Provincia, in cui sono previsti un'equipe specializzata che organizza collegamenti tra scuole e aziende per alcuni stage finalizzati all'inserimento lavorativo. Però troppo spesso questa ultima fase risulta assente e il corso di formazione resta ad un primo livello teorico.

Da non sottovalutare, poi, la reale preoccupazione dei familiari dei portatori di handicap in caso di morte. Questo perché la maggior parte delle volte sono i genitori stessi, ancora in vita, ad occuparsi delle cure primarie del proprio figlio. Ciò che giustamente spaventa è il "dopo" ossia l'impossibilità di continuare ad accudire il proprio figlio in caso di morte o semplicemente in caso di mancanza di energie dovuta all'invecchiamento del genitore stesso. Attualmente la "soluzione" è quella dell'RSA: in mancanza di altri familiari disposti a sostituire i genitori, i portatori di handicap vengono inseriti nelle strutture ospedaliere. Manca tutto un lavoro di negoziazione e sensibilizzazione delle famiglie per far sì che piccole o grandi somme di denaro accumulate, appartamenti, beni di varia natura possano essere reinvestiti per garantire alla persona disabile una vita in strutture residenziali leggere, in appartamenti protetti. Emerge dunque il bisogno di attuare e inserire un programma specifico di intervento nel Piano di Zona del distretto.

Le proposte che vanno a sommarsi o a sottolineare le considerazioni già fatte sono le seguenti:

- Necessità di approfondire ulteriormente l'integrazione tra servizi, associazionismo, familiari e scuole;
- La presa in carico del disabile o del disagio, da parte della ASL non dovrebbe limitarsi alla sola sfera sanitaria, ma dovrebbe stimolare anche la sfera sociale. Si dovrebbe creare per i singoli utenti un progetto personale e multidisciplinare;
- Riprendere il Censimento dei bisogni dei disabili già stato effettuato dalla Lega Arcobaleno e consegnato al Comune di Tivoli nel 2003-2004;
- RSA. Rivedere le rette di pertinenza del Comune, in base all'accordo di programma dell'Ufficio di Piano (verbali) e maggiori controlli da parte della ASL;
- Maggiori programmi e creazione di circuiti informativi dedicati sulla disabilità e per la disabilità da parte dei comuni;
- Promozione più continuativa di incontri tra strutture operanti nel settore per identificare strategie, programmi e interventi mirati.
- Riattivazione dei tavoli tematici sulla disabilità che conducano a traguardi innovativi;
- Integrazione scolastica e struttura di servizio da inviare alle scuole;
- Progetti per eliminare lo stato di segregazione di alcuni portatori di handicap;

- Sviluppo di un piano specifico sul “Dopo di noi”, valorizzando risorse intrafamiliari e private;
- Progetti efficaci di inserimento socio lavorativo.

3.g Area delle azioni di contrasto alla tossicodipendenza. Partiamo dalla situazione del servizio pubblico specifico, punto di riferimento del territorio. L'assenza del Ser. T a Guidonia fa affluire l'utenza di tale zona e di Palombara presso il Ser. T di Tivoli, aumentando così il numero degli utenti accolti dal servizio. Inoltre, il numero dei tossicodipendenti cresce, si abbassa anche l'età di coloro che fanno uso di sostanze e cambia anche il modo di assunzione, che riguarda sempre più la poliassunzione (maggiormente cocaina e altre sostanze). È per l'insieme di tutti questi fattori che il Ser.T stima oggi circa 400 utenti al giorno, tra assuntori e utenti in terapie parallele. Il Ser.T, quindi si trova a dover accogliere tale bacino di utenza con un numero di risorse in organico insufficiente rispetto a quello previsto.

Oltre l'utenza storica, costituita da un'età compresa tra i 40-45 anni, si registra una nuova fascia più ampia che va dai 15 ai 30 anni. Si è inoltre riscontrato un forte aumento di potenziali utilizzatori di sostanze e di casi di doppia diagnosi nelle scuole. 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 mettono 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.

Un problema specifico, ma non di nicchia (riguarda casi in crescita) è quello della doppia diagnosi. Spesso il CIM o DSM si trova a dover trattare anche casi di doppia diagnosi. Ciò implica un lavoro in rete con il Ser.T in parte condizionato da una questione non risolta: la problematica della presa in carico, sia sotto il punto di vista del trattamento sia sotto quello economico. Chi deve, ad esempio, garantire la copertura economica durante il ricovero in centri per la disintossicazione, o nel passo successivo, quello dell'inserimento in comunità terapeutica? Se parliamo di doppia diagnosi, qual è la struttura ASL che deve fare da punto di riferimento?

Il gran numero di tossicodipendenti nel Distretto ha fatto nascere l'esigenza di un servizio rivolto alla riduzione del danno il quale, partito da circa un anno e mezzo, necessita di una maggiore collaborazione con la ASL. Attualmente, poi, nel territorio è presente un solo centro diurno a bassa soglia situato a Tivoli Terme, insufficiente a ricoprire il bacino di utenza di tutto il territorio sia per questioni di spazi scarsi (dovuti all'ubicazione in un condominio) sia per la distanza degli utenti degli altri comuni. La collocazione della struttura scatena fenomeni di poca tolleranza dovuti alla paura e alla preoccupazione per la frequentazione dei tossicodipendenti in zona e nell'abitato.

L'aumento della tossicodipendenza, dell'abuso di alcol nelle donne, l'assenza di strutture di accoglienza e comunità terapeutiche per sole donne, e il loro conseguente inserimento in strutture e in reparti misti crea il

problema della promiscuità che se non ben seguito non favorisce un adeguato intervento. L'inesistenza, poi, di strutture come comunità terapeutiche rivolte al trattamento di sole donne in abuso di alcol, penalizza tale utenza, in quanto il loro percorso terapeutico è destinato a fallire, perché viene spezzato. Dopo l'inserimento in strutture per la disintossicazione, non c'è più nient'altro e tale utenza si trova a dover tornare nella stessa situazione patogena, ricadendo nella maggior parte dei casi nella dipendenza.

E' facile notare un filo rosso che lega disabilità, salute mentale, tossicodipendenza e che si traduce in servizi insufficienti, a basso impatto di inclusione e ad alto livello di autoreferenzialità. Il percorso del tossicodipendente termina spesso con la comunità terapeutica e il rientro nella situazione a rischio originaria. Questo implica per il 90% dei casi la ricaduta e l'entrata in un circolo vizioso. Tale circolo vizioso potrebbe e dovrebbe essere interrotto attraverso l'inserimento in una struttura specializzata e con programmi di inserimento lavorativo.

Di seguito indichiamo alcune proposte riassuntive:

- La nuova sede del Ser.T è in una posizione strategica, in quanto è situata tra Tivoli e Guidonia, quindi raggiungibile da un più vasto numero di utenza; ma non è il luogo ideale, in quanto ubicato in una zona industriale. Tutto questo fa emergere la necessità di nuove strutture ubicate in territori anche più limitrofi facilmente raggiungibili da quei comuni più piccoli e più lontani, di un ampliamento del personale qualificato e di piani di sensibilizzazione rivolti sia al personale che alla popolazione;
- Accordi formali tra servizi per la gestione delle doppie diagnosi. Maggiori rapporti, maggiore collaborazione volta alla costruzione di un lavoro di rete e di una rete.
- Eventi di sensibilizzazione e di incontro tra vicinato e utenti (mediazione sociale e dei conflitti);
- Programmi volti all'individuazione di potenziali assuntori e di doppia diagnosi al fine di pianificare interventi mirati prima del sorgere della patologia vera e propria;
- Programmi di informazione rivolto alle famiglie dei giovani, sostegno alle famiglie dei tossicodipendenti e/o di doppia diagnosi e a quelle che ancora non hanno impattato la strada della droga;
- Costituzione di centri di accoglienza, comunità per doppie diagnosi, situazioni alternative protette, alla comunità (case-famiglia, comunità di convivenza, etc.),
- Progetti di inserimento lavorativo per tossicodipendenti che permettano il cambiamento del proprio contesto sociale di origine;

Valorizzazione delle reti collegate alla promozione dell'agio, al lavoro con minori e adolescenti, alle politiche giovanili per rafforzare l'impatto delle campagne preventive.

4. Il quadro generale dell'offerta dei servizi socio-assistenziali

In questo paragrafo ci soffermiamo su 3 questioni. La prima riguarda le caratteristiche e le tipologie di risorse organizzative, umane e professionali potenzialmente attivabili sul territorio. La seconda questione, collegata direttamente alla prima, attiene alle criticità e alle problematiche che è opportuno approfondire per valorizzare al massimo, in termini di attivazione, progettazione e bilancio sociale, tutte le energie e le realtà pubbliche ed extraistituzionali esistenti. Ed infine, l'ultima questione, è relativa al cosa fare, al come muoversi: speriamo di riuscire a fornire ipotesi chiare di azione, spiegando al contempo ruoli e funzioni che debbono giocare i vari attori che costruiscono policy partecipata.

Ricordiamo a tutti gli interlocutori che avranno modo di leggere il capitolo, che in Appendice è presente una prima anagrafica di tutte le realtà censite e che sul sito internet è scaricabile l'anagrafica più completa, in formato elettronico. Quest'ultima sarà poi costantemente aggiornata.

Prima di addentrarci però nella descrizione di “quello che c'è” sul territorio, è opportuno fare due premesse essenziali:

- L'impianto paradigmatico e teorico di riferimento che ha giustificato un certo approccio all'analisi delle risorse pubbliche e private esistenti è quello della promozione del benessere sociale. Secondo tale filone di pensiero a determinare i livelli di qualità della vita ed il benessere collettivo ed individuale di un territorio locale non sono esclusivamente i servizi sociosanitari tradizionalmente intesi, ma tutte le opportunità, le forme, le organizzazioni che si occupano di cittadinanza, di diritti, di cultura, di ambiente e che – sviluppando legami sociali e interazioni tra gruppi e persone – contribuiscono a creare, appunto, benessere. Pertanto, nel lavoro di analisi, non ci siamo limitati a censire solo i servizi veri e propri, in qualche modo istituzionalizzati, ma ci siamo concentrati – con non poca fatica organizzativa e di risorse – sull'intero patrimonio di opportunità, partecipazione e advocacy che esiste nel Distretto. Siamo convinti che sul medio periodo questa scelta pagherà (e più avanti cercheremo di spiegare meglio perché);
- La fotografia che abbiamo effettuato rischia di diventare memoria o ricordo – una bella, vecchia fotografia, insomma – se non sviluppiamo una strategia di governance e di partecipazione locale che aiuti a interloquire, valorizzare, stimolare, trasformare in attori di politiche pubbliche secondo una logica deliberativa e negoziale tutti coloro che a livello istituzionale, pubblico e attraverso l'iniziativa privata come cittadini, sono stati intercettati e censiti. Avere più realtà, più organizzazioni che ragionano sulle politiche sociali, culturali, ambientali del territorio vuol dire sicuramente aumentare l'entropia complessiva. Ma, in una visione di lungo respiro, vuol dire soprattutto far crescere la responsabilità individuale e collettiva, rendere partecipi e attivi tutti coloro che entrano in gioco, vuol dire rivitalizzare un tessuto civico ormai consunto per molti aspetti. Anticipiamo una proposta che riprenderemo dopo: per evitare “l'effetto dagherrotipo” abbiamo solo una strada: predisporre un Piano territoriale sulla partecipazione che ci aiuti ad individuare obiettivi, metodologie di lavoro, tempi, risorse, attori da coinvolgere, spazi e design partecipativi. Tale Piano, potrebbe permetterci

di governare meglio i processi di pianificazione e progettazione partecipata, l'utilizzo di spazi pubblico-istituzionali strategici, come un Piano di zona, la Conferenza dei Sindaci, le reti e le consulte territoriali, etc.

Cominciamo adesso a descrivere la fotografia a cui accennavamo, con una precisazione: si è già notato nelle prime parti del testo che non abbiamo voluto effettuare un lavoro di taglio tecnico-scientifico. O meglio, il rigore metodologico è stato sufficientemente alto per parlare di un'operazione scientifica, ma il linguaggio utilizzato nell'intero lavoro è, speriamo, chiaro, accessibile, al di là del fatto che si tratta di un lavoro redazionale a più mani. Crediamo che questa accessibilità minima, che, ripetiamo, non va a discapito dell'attendibilità dei contenuti, possa aiutare il confronto a cui saremo piacevolmente costretti nei prossimi mesi di lavoro: un confronto sui contenuti, un confronto allargato che porti a prendere sempre più come collettività una serie di decisioni, a forzare in certe direzioni, ad aumentare le opportunità progettuali per il territorio e a migliorare progressivamente la qualità dei servizi.

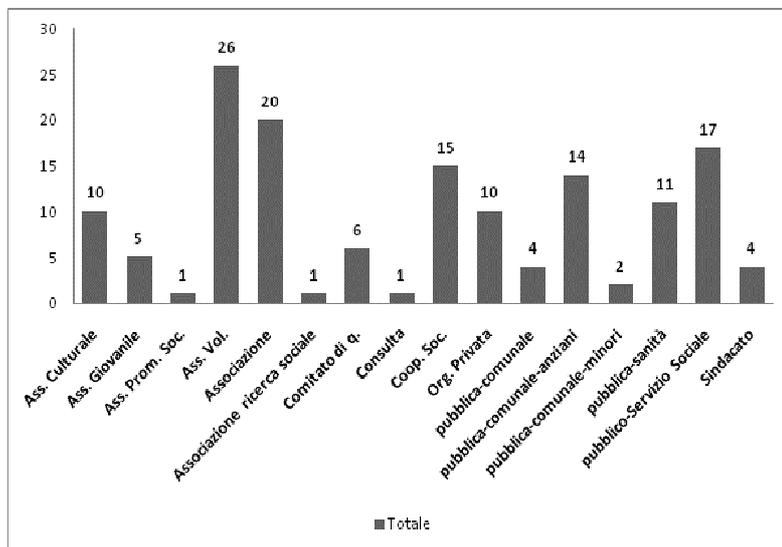
Entriamo nel merito della situazione. Le realtà censite, come si può evincere dal Grafico num. 1, sono complessivamente 147 e si suddividono in realtà associative, servizi pubblici, cooperazione sociale, privato. La tipologia più rappresentata è quella delle associazioni di volontariato che, al di là di quelle formalmente ritenute tali (26) sono diverse decine (se accorpamo tutte quelle associazioni che si muovono secondo principi di gratuità e reciprocità). Seguono a distanza le organizzazioni pubbliche che gestiscono servizi sociali e le cooperative sociali, a testimonianza dell'esistenza di un modello di welfare mix che tende almeno proceduralmente e da un punto di vista estetico a coinvolgere nella gestione i servizi sia soggetti istituzionali che extraistituzionali ma che, come vedremo più avanti, sconta una serie di fatiche.

Considerato che lo sviluppo dei servizi sociali nel Distretto ma soprattutto a Tivoli ha avuto un'accelerata (dovuta a fattori esogeni, le Leggi come la 328 e la 285; e a fattori endogeni: parliamo di scelte politico-amministrative precise) nell'arco degli ultimi 7 anni, e che quindi ci troviamo fisiologicamente per molti versi in una fase iniziale di sviluppo di un sistema di welfare mix, ci sono alcuni elementi strutturali che denotano l'esistenza di un modello poco maturo: esistenza di atteggiamenti contrappositivi e simmetrici, assenza di modelli formalizzati e continuativi di pianificazione e valutazione, assenza di procedure di accreditamento volte a regolamentare la relazione contrattualistica tra pubblico e mercato sociale, scarso dialogo tra associazionismo, volontariato e cooperazione sociale, etc.

Nell'arco dei prossimi anni sarà necessario da una parte dare stabilità al modello di welfare locale, portarlo a piena maturazione e dall'altra, parallelamente sarà necessario creare le condizioni per un ulteriore salto maturativo verso un sistema di politiche sociali basato sull'idea di welfare community. In tale sistema, oltre a convivere tipologie organizzative istituzionali ed extraistituzionali, si pone l'accento sulla valorizzazione delle forme di rappresentanza e partecipazione che riguardano i cittadini in termini di advocacy, accountability, difesa dei diritti, valorizzazione delle esigenze dei familiari, chiedendo alle imprese sociali di recuperare un ruolo trasformativo e

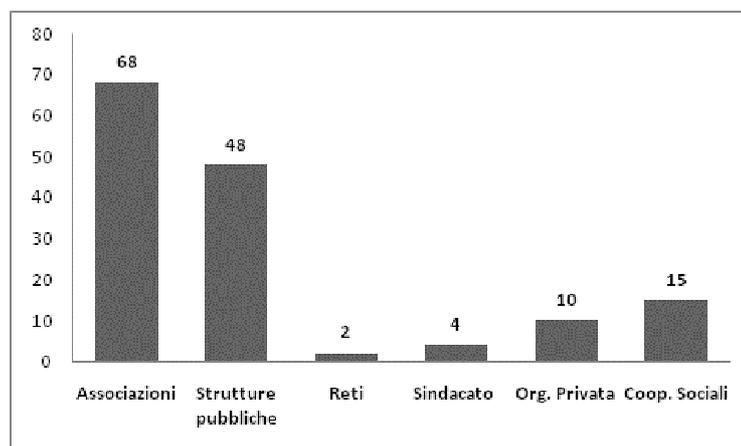
sperimentale e costruendo percorsi di governance, di confronto, di pianificazione partecipata che siano reali, condivisi e praticabili.

Grafico num. 1: Tipologia realtà e organizzazioni censite nel Distretto RMG3



Come testimonia il grafico num. 2, è possibile ricondurre tutte le forme organizzative descritte nella pagina precedente in 6 tipologie o categorie:

Grafico num. 2: Raggruppamento delle realtà territoriali per macrocategorie



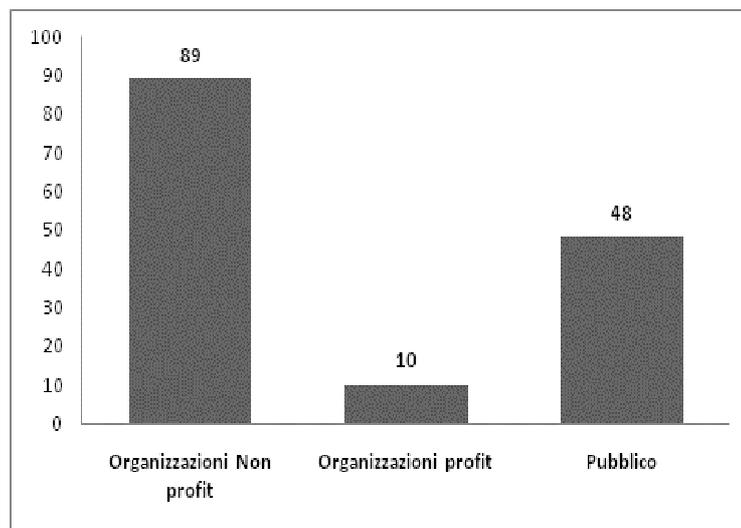
- Associazionismo,
- strutture pubbliche,
- cooperative sociali,
- organizzazioni private,
- sindacati,
- reti.

Al di là di sommarie e discutibili interpretazioni, balzano agli occhi quattro cose:

- a. una buona tenuta delle organizzazioni pubbliche (determinata in parte dall'aver considerato – ma in questa fase di transizione è corretto – strutture come ad esempio i centri anziani, come strutture pubbliche a tutti gli effetti, sottodimensionandone la componente associativa);
- b. un ruolo pesante, strategico, dell'associazionismo locale;
- c. un basso numero di reti e di network (se si escludono alcune reti nazionali a cui fanno riferimento sedi locali di grosse realtà associative e cooperative), rappresentato per lo più dalla Consulta sociosanitaria di Tivoli, dall'azione del CESV e, in parte dal Forum giovani (che non abbiamo considerato come rete con una struttura identitaria precisa ma mutevole, in via di consolidamento);
- d. un numero di imprese gestrici (sociali e profit) che si attesta attorno al 25% del totale delle organizzazioni complessive.

Se andiamo a leggere la situazione a partire da un approccio dicotomico ed altamente semplificato, ci accorgiamo però del peso reale che le componenti privatistiche – in un'accezione positiva “la cittadinanza che si organizza e partecipa”, rappresenta 99 strutture su 147: cioè circa il 70% (Grafico num. 3).

Grafico num. 3: Attori istituzionali ed extraistituzionali



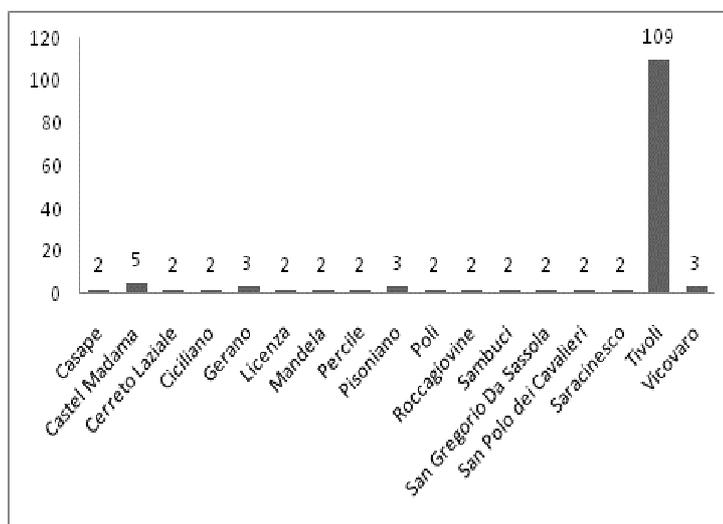
Il grafico successivo, poi, ci conferma un'altra tendenza interessante, anticipata nel primo capitolo e riguardante l'accentramento dei servizi e le conseguenti spinte centrifughe che ciò comporta.

Il Comune di Tivoli, sia rispetto ai servizi sanitari che a quelli sociali (ma aggiungiamoci senza esitazioni anche tutto il fronte dell'associazionismo e della cittadinanza attiva) ospita 109 realtà su 147: parliamo del 75% circa del totale.

Bisogna però tenere presente che, rispetto all'organizzazione prevista dalla L. 328 /2000 che parla di servizi distrettuali, Tivoli ospita anche organizzazioni che poi erogano i propri servizi in altri comuni del Distretto (si

pensi, per esempio, a tutta la partita sull'assistenza domiciliare): ma esse incidono, di fatto, relativamente poco sul dato macro.

Grafico num. 4: Redistribuzione dei servizi sul territorio



Un'altra considerazione da fare, a questo punto, riguarda le differenze tra Tivoli e il resto dei comuni nel Distretto (delle conseguenze di tale assetto, ne abbiamo già discusso nel cap. 1): mentre Tivoli ospita un numero ingente di strutture e servizi (cfr. grafico num.4), commisurato ai bisogni urbani che tendenzialmente esprime, con un'articolazione di servizi molto ampia sia pure se a basso livello di innovatività, negli altri Comuni, in linea di massima, l'unico servizio/spazio davvero stanziale è rappresentato dai centri anziani, a cui va a sommarsi il servizio sociale pubblico che si occupa trasversalmente di minori, adulti e immigrati.

A quanto detto si aggiungono i servizi distrettuali, come appunto l'assistenza domiciliare o le unità di strada. In qualche caso, è presente un'organizzazione di volontariato, un'associazione. Se dovessimo considerare le politiche sociali come politiche strutturali e non residuali, è chiaro che – a fronte di processi redistributivi centrali e locali meglio gestiti – noi dovremmo avere un numero di servizi, opportunità e interventi sociali radicati nei singoli piccoli comuni più ampio e diversificato rispetto a quanto già c'è. Pur facendo la tara (teniamo conto cioè che alcuni servizi è bene che siano sovracomunali o distrettuali: pensiamo ad un centro di mediazione familiare; e che altri servizi magari abbisognino di risorse, spazi e personale proporzionati alla grandezza del comune, o meglio ai bisogni espressi dal cittadino), e tenendo conto che i legami societari, le dinamiche di solidarietà, la qualità delle interazioni assumono forme e caratteristiche diverse, a seconda che si parli di zone urbane o di piccoli paesi (dove "l'informalità" che assumono le azioni di accoglienza o di mutuo aiuto è ancora mediamente alta), è necessario comunque trovare un equilibrio diverso nei prossimi anni.

Equilibrio che da un lato favorisca l'emersione di esperienze associative e dall'altra il radicamento progressivo di servizi, lo sviluppo di progetti modulari e vettoriali, gli spostamenti temporanei di personale sociosanitario in loco.

La matrice sviluppata nelle prossime pagine (schema num. 1), conferma quanto abbiamo appena detto e ci aiuta, sia pure in maniera molto sintetica, a comprendere nel dettaglio quale tipologie di servizi e di utenza viene raggiunta a Tivoli e negli altri 16 comuni.

Schema num. 1: Città X Tipologia servizio X Tipo d'utenza	Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Minori, Adulti, Immigrati	Disagio psichico ricerche socio-economiche, progetti di sviluppo, attività formative
Casape casa di accogl.prog.immig.accogl.immigra z.donne im Donne immigrate Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Guidonia attività sanitarie Adulti, Cittadinanza	Poli Attività ludico-ricreative e scolastiche Minori Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Adulti tossicodipendenze, giovani, lotta alla tratta, mediazione sociale Tossicodipendenza, Giovani
Castel Madama asilo nido Minori attività sociosanitarie Adolescenti, Adulti centro diurno Anziani Centro diurno,attiv. ludico-ricreative-sport Adulti, Disabili Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Licenza centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Roccagiovine centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Roma-Tivoli Attività sanitarie, socio-assistenziali, culturali e aggregative Adulti, Cittadinanza
Cerreto Laziale centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Mandela centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Roma Assistenza e tutela invalidi del lavoro Disabili, Anziani assistenza handicap, tossicodipendenze Disabili, Tossicodipendenza assistenza handicap, tossicodipendenze formazione Disabili, Tossicodipendenza assistenza minori e donne immigrate Minori, Donne immigrate attività di promozione e sostegno per le organizzazioni del volontariato Associazioni Volontariato centro Diurno la Locomotiva Disabili centro diurno tossic.dip.(Tivoli Terme) Tossicodipendenza osservatorio distretto socio-sanitario Servizi sociosanitari, Istituzioni Promozione sociale persone sofferenti di disturbi mentali	Sambuci centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati
Ciciliano centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Monterotondo Scalo sportello lavoro presso sport. Soc.comune Tivoli Giovani, Tossicodipendenza	San Gregorio Da Sassola centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	San Polo dei Cavalieri centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati
Gerano Centro aggregativo minori Minori centro diurno Anziani	Palombara riabilitazione tossicodipendenze Tossicodipendenza	San Marino centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Saracinesco centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati
Tivoli ADI,anziani-disab. Grave(Tivoli T,Gerano,Cmadama) Anziani, Disabili Adozioni a distanza, raccolta fondi per progetti in Benin Minori Alcolisti anonimi, gruppo ascolto familiari Alcolisti asilo nido Minori Ass.domic. e osp. Anziani malati disabili Anziani, Disabili Assist. Domiciliare invalidi,mutilati,disabili Disabili Assistenza consolato,legale,fiscale,finanziaria ... Immigrati Assistenza domiciliare ai non vedenti	Percile centro polivalente Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	Saracinesco centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati	San Polo dei Cavalieri centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati
Tivoli ADI,anziani-disab. Grave(Tivoli T,Gerano,Cmadama) Anziani, Disabili Adozioni a distanza, raccolta fondi per progetti in Benin Minori Alcolisti anonimi, gruppo ascolto familiari Alcolisti asilo nido Minori Ass.domic. e osp. Anziani malati disabili Anziani, Disabili Assist. Domiciliare invalidi,mutilati,disabili Disabili Assistenza consolato,legale,fiscale,finanziaria ... Immigrati Assistenza domiciliare ai non vedenti	Pisoniano centro diurno Anziani Ludoteca Minori Servizio Sociale	attività formative per adulti Adulti attività ludico-ricreative Minori, Adulti Minori, Giovani Attività politica, Assistenza legale e fiscale per gli associati Anziani Attività ricreative e culturali Adulti, Minori attività sanitarie Adulti, Minori Disabili attività scolastiche Minori, Giovani attività socio-assistenziali Adulti, Cittadinanza attività sociosanitarie Adolescenti, Adulti Minori Attività sportive	San Polo dei Cavalieri centro diurno Anziani Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati

<p>difesa e promozione degli interessi dei pazienti del centro oncologico Adulti, Minori</p> <p>Diritti bambini nelle scuole Minori</p> <p>disabilità promozione sociale Disabili</p> <p>educazione bambini ragazzi, secondo il metodo scout Minori, Giovani</p> <p>formazione religiosa, morale e civica dei giovani, movimento scout Minori, Giovani</p> <p>gestione asilo nido e casa alloggio pazienti psich Minori, Disagio psichico</p> <p>iniziative culturali, ricreative, sportive, manifestazioni Adulti</p> <p>Sensibilizzazione e promozione donazione del sangue Adulti</p> <p>Sensibilizzazione e promozione sociale a favore dei non vedenti Non vedenti</p> <p>Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati</p> <p>Socio-Sanitario Servizi Sanitari, Cittadinanza</p>	<p>folkloristiche e feste tradizionali rionali Cittadinanza</p> <p>Ludoteca Minori</p> <p>Ludoteca, attività scolastiche Minori</p> <p>minori Minori</p> <p>orient. mediazione culturale legist. ricongiung fami Immigrati</p> <p>Permesso, carta di soggiorno, cittadinanza, assiste Immigrati</p> <p>prev. Primaria, sec., interv. precoce cura riabilit. Disagio psichico</p> <p>tutela della previdenza e della salute Anziani</p> <p>Visite ginecologiche, servizio psicologico, vaccinaz Adolescenti, Adulti</p> <p>Tivoli Terme</p> <p>ascolto e sostegno disabili Disabili</p> <p>asilo nido</p>	<p>Prevenzione Giovani, Unità di strada Tossicodipendenza Giovani, Tossicodipendenza</p> <p>prevenzione salute mentale e cura disagio psichico, disturbo mentale, disabilità psicofisica Disagio psichico, Disabili</p> <p>prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze Tossicodipendenza</p> <p>prog. immig. accoglienza e integrazione Immigrati</p> <p>Promozione culturale organizzaz. seminari concerti Minori, Giovani, Adulti</p> <p>promozione sociale e culturale della donna; volontariato con ragazzi disagiati Donne, Minori</p> <p>attività culturali Cittadinanza</p> <p>Giovani</p> <p>attività ludico-ricreative Anziani</p> <p>attività sociosanitarie Adolescenti, Adulti</p> <p>rappresentanza interessi dei cittadini di Tivoli Terme</p>	<p>promozione sociale per l'handicap e le disabilità Disabili</p> <p>psic., sviluppo, psicologia scolastica, punto ascolto Minori</p> <p>Punto di riferimento, ascolto e sostegno per la comunità rumena Immigrati</p> <p>rappresentanza e difesa degli interessi degli abitanti Cittadinanza</p> <p>sensibilizzazione e promozione donazione degli organi e tessuti, donazione del sangue, servizi a sostegno dei non vedenti Cittadinanza</p> <p>Tivoli/Roma</p> <p>ascolto, consulenza legale, assistenza domiciliare per la maternità e dopo la nascita Donne</p> <p>volontariato fibrosi no serv.domic. Adulti</p> <p>Villalba</p> <p>Attività di socializzazione e di aggregazione Giovani, Cittadinanza</p>
<p>Vicovaro</p> <p>attività sociosanitarie Adolescenti, Adulti</p> <p>centro diurno Anziani</p> <p>Servizio Sociale Minori, Adulti, Immigrati</p>	<p>attività di promozione culturale e sociale dell'area tiburtina Giovani, Cittadinanza</p> <p>attività ludico-ricreative Anziani</p> <p>attività sanitaria Adulti, Minori</p> <p>attività socio-assistenziali Adulti, Disabili</p> <p>attività sociosanitarie Adolescenti, Adulti</p> <p>Educative e formative, socio-</p>	<p>assistenziali ricreat Adulti, Minori</p> <p>pers. problemi psico-sociali, casa famiglia riabilit Adulti, Disabili</p> <p>persone con problemi psico-sociali, casa famiglia Adulti, Minori</p> <p>riabilitazione psichiatrica, comunità tossicodipe Disagio psichico, Tossicodipendenza</p> <p>Socio-assistenziali trasp. ambulanza Adulti</p>	<p>Villa Adriana</p> <p>ascolto, orientamento, assistenza per problematiche legate alla maternità Donne</p>

Ripartiamo dall'utenza e proviamo a rispondere alla seguente domanda: con che tipo di utenza si lavora? Dall'analisi dei dati raccolti emergono le seguenti informazioni:

- non emergono dei picchi significativi: l'offerta è abbastanza spalmata rispetto alla domanda;
- mentre prima del 2000 l'attenzione maggiore era riservata alla disabilità (fase solidaristica), dal 2001 l'offerta è andata diversificandosi per la specializzazione dei servizi e per un orientamento verso il mercato (fase imprenditoriale). A ciò ha fatto seguito un ingresso sul territorio sempre più massiccio di cooperative sociali, come enti erogatori di servizio.

Siamo in una fase in cui convivono una pluralità di servizi orientati, secondo l'approccio tradizionale, alla soddisfazione di bisogni classici, e attività di promozione del benessere generale della persona.

Tutto questo non dipende da scelte strategiche definite e rappresenta, come già detto, un modello implicito di welfare locale.

Dobbiamo cercare nell'arco dei prossimi anni, non tanto di cambiare le proporzioni relative ad ogni macroattività portata avanti in via prioritaria dalle singole organizzazioni territoriali (ne abbiamo identificate tre, che raggruppano tutte quelle specifiche: attività culturali e formative, attività di promozione del benessere sociale, attività sociali e sanitarie: cfr. grafico num. 5), quanto di amalgamarle, far sì che migliori l'impatto e la qualità di quanto proposto, favorire reti e integrazioni tra strutture.

Grafico num. 5: Raggruppamento nelle tre macroattività



Se pensiamo, invece, “a chi gestisce cosa”, a grandi linee la situazione è la seguente:

- Ente locale: Socioassistenziale e sociosanitario
- Cooperative: Socioassistenziale e formative
- Associazioni di promozione culturale: Ludico-ricreative e di socializzazione

- Organizzazioni di volontariato: Socioassistenziali e culturali
- ASL: Sanitarie
- Privati: Sanitarie e scolastiche

Più di 60 organizzazioni su 1000 impattano con meno di 100 utenti all'anno, mentre solo 6 su 100 dichiarano di avere più di mille utenti all'anno .

Passiamo al tema delle reti. Si potrebbe pensare che, quasi attraverso degli automatismi, le strutture del territorio siano abituate a lavorare in rete. Anche le risposte alla prima domanda specifica del questionario relativo a ciò sembrano confermarlo: la lettura approfondita del dato, però, ci permette di contraddire in parte l'apparente situazione positiva. La situazione, riassumendo, è la seguente:

1. A prima vista l'adesione a una rete è alta. Ma, in realtà, alcuni soggetti extraistituzionali che dovrebbero concorrere fortemente alla creazione del piano di servizi locali (associazionismo di promozione del benessere, privato-sanitario e scolastico) sembrano essere poco attivi in tal senso.
2. Più servizi si hanno e più è probabile l'adesione a una rete.
3. Più servizi /attività si svolgono è più è probabile il contatto con l'Ente pubblico.
4. Esiste una scarsa cultura dei partenariati: la maggior parte degli enti gestori e delle altre organizzazioni che hanno attività continuative (circa il 70%) non pratica alleanze progettuali per andare a co-gestire i servizi. Eppure le tendenze generali del mercato e i servizi più innovativi obbligano oggi a costruire partnership gestionali complesse.
5. Ad avere scarsi rapporti con il pubblico sono i privati e l'associazionismo di promozione culturale, oltre alle organizzazioni di volontariato

Inoltre:

- Le reti quando esistono sono collegate ai servizi (e non nascono per sviluppare una visione di sistema o strategica).
- Chi svolge attività più autonome o centrate sul sanitario (ONG, assoc. di promozione sociale, privati) pratica con più fatica una logica di rete.
- Chi ha un'offerta minima di attività/servizi non pratica l'interazione con il pubblico (e viceversa?).
- Chi ha un'offerta ampia e una strutturazione alta ha rapporti più continuativi con altri soggetti.

In realtà, un network a regime (sia di tipo settoriale che rappresentativo di un Distretto/sistema), dovrebbe lavorare in molteplici direzioni e sviluppare collegamenti permanenti e formalizzati per:

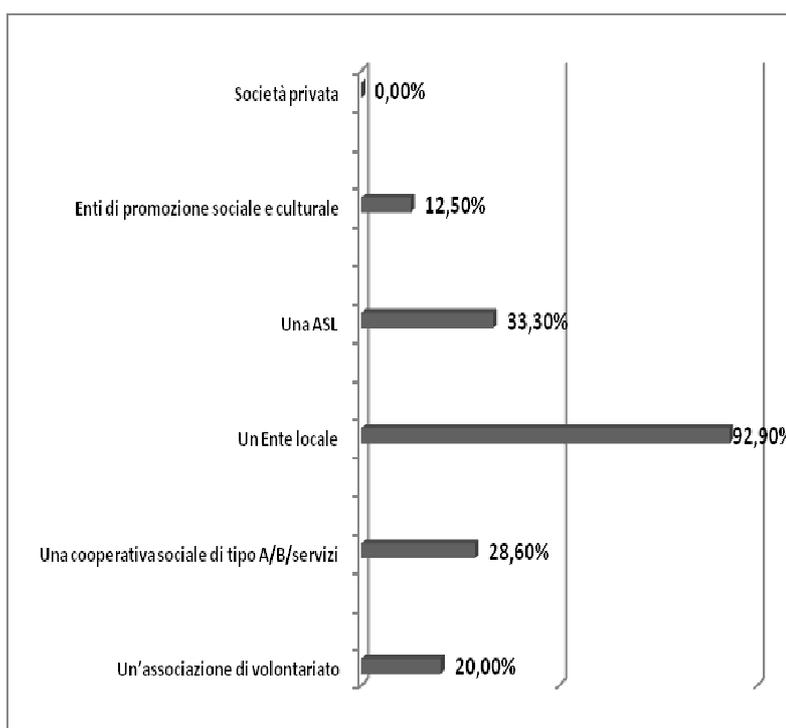
- definizione congiunta di strategie e politiche locali,
- progettualità nuove,
- valorizzazione e integrazione delle progettualità esistenti,

- reperimento e valorizzazione delle risorse esistenti,
- invii di utenza.

Passiamo ora ad affrontare una questione che riguarda sempre l'analisi dei network, ma che in modo specifico si riferisce ai rapporti tra le strutture che erogano servizi sociosanitari e l'Ufficio di piano del Distretto. Premettiamo che le considerazioni che seguono non sono frutto di una valutazione oggettiva dei contatti, quanto piuttosto della percezione/rappresentazione della persona referente della struttura o del servizio che ha risposto al questionario. Per quanto concerne la continuità dei rapporti tra organizzazioni territoriali e Ufficio di Piano, la situazione si presenta nel modo che segue (grafico num. 6).

Quali considerazioni inducono i dati? Prima di tutto sembra emergere una difficoltà complessiva a tenere rapporti continuativi. Ciò non è detto che dipenda solo dal modo in cui l'Ufficio di Piano interpreta tutta la partita sulla pianificazione partecipata, perché se è vero che il lavoro di rete è comunque poco praticato anche dai soggetti extraistituzionali come una cooperativa o una associazione, è anche probabile che le resistenze, la disabitudine, il relativo investimento e l'autoreferenzialità siano caratteristiche intrinseche allo stesso mondo dei servizi e delle organizzazioni territoriali.

Grafico num. 6: contatti continuativi con l'Ufficio di Piano

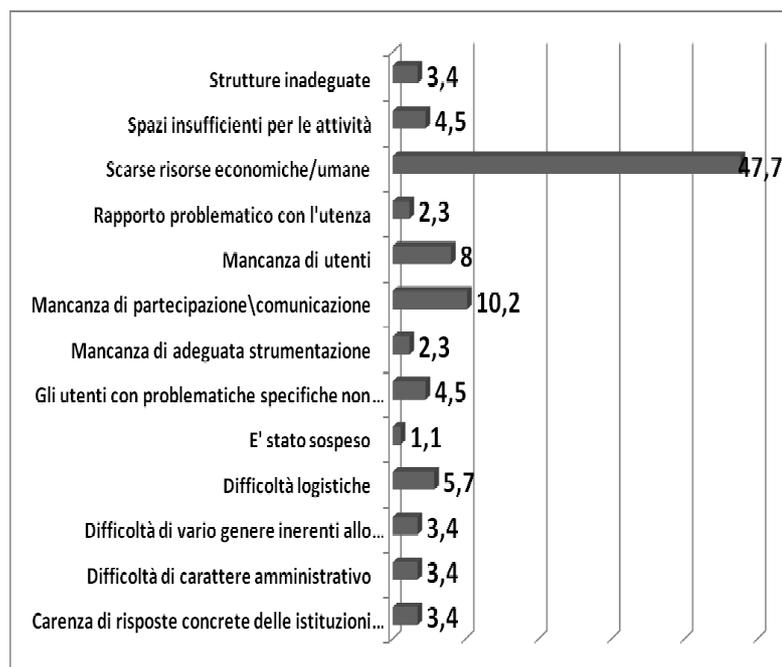


Altro dato interessante riguarda il fatto che – senza scendere nei dettagli dal punto di vista della qualità – sembra più sviluppata la governance interistituzionale (o meglio, il dialogo tra enti locali, ASL e Ufficio di Piano) di quella esterna (rapporti con associazioni, cooperative, enti di promozione sociale e culturale). Una terza considerazione riguarda in particolare gli enti attuatori extraistituzionali (cooperative e privati): si pratica poco il contatto con l'Ufficio di Piano e nel caso dei privati (che gestiscono, lo ricordiamo servizi sanitari, grandi strutture di ricovero convenzionate, asili nido, etc.) il rapporto non esiste affatto. Ciò è determinato da due

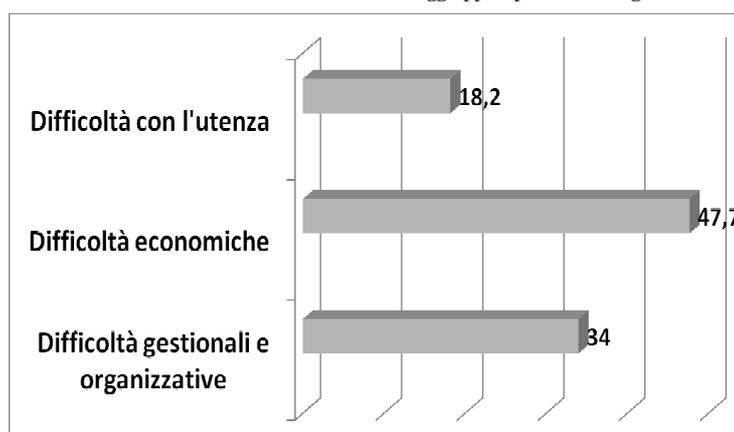
fattori: la riproduzione di una cultura tendenzialmente isolazionista che poco favorisce il rapporto tra sociale sanitario, e lo scarso interesse a fare dialogare i due mondi (autoreferenzialità metodologica). Eppure, mentre alcune di queste strutture private nei focus group dichiarano la necessità e la voglia di misurarsi con i grandi temi della riabilitazione psicosociale, del lavoro di comunità, dell'inserimento lavorativo dei soggetti che in buona parte accolgono, dall'altra faticano ad attivarsi, ad intercettare o a essere intercettati dal resto del territorio o dallo stesso Ufficio di Piano per promuovere azioni comuni.

Più in generale – ci soffermiamo volutamente sulle criticità, perché esse aiutano ad orientare il lavoro di pianificazione – sembrano emergere nella gestione delle attività o dei servizi, una serie di problematiche precise (Grafico numero 7): A prima vista, ciò che trasversalmente crea difficoltà nel portare avanti un progetto, costruire un evento culturale, fare del volontariato, gestire un servizio pubblico, è la scarsità di risorse di organico e di risorse economiche: quasi la metà degli intervistati mette in luce ciò, a fronte di un'altra metà che opta per ben altri 12 motivi diversi con risposte molto disaggregate. A questo si aggiunga che, al secondo posto, sembrano emergere difficoltà di governance interna alle strutture ed esterna (di rapporti di rete), visto che il 10% circa parla di difficoltà di partecipazione e comunicazione.

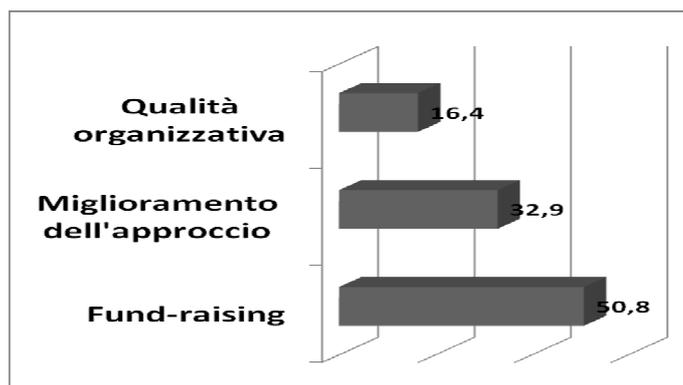
Grafico num. 7: principali difficoltà incontrate nel servizio



Ma se andiamo ad accorpare le risposte (grafico numero 8) per macrocategorie concettuali, il discorso cambia. Se, infatti, andiamo a sommare la percentuale di risposte relative alle difficoltà con l'utenza e a quelle gestionali e organizzative, ci rendiamo conto che la maggioranza degli intervistati (il 52,2%) pone un problema di tenuta complessiva dell'organizzazione e del lavoro: ciò sia rispetto alle metodologie, gli approcci, le tipologie di utenti, sia rispetto al management. A ben vedere, quindi, sembra che i primi problemi siano endogeni e che il tema delle risorse e dell'organico (di origine esogena) – importantissimo da trattare, senza dubbio – a volte rischi di rappresentare un alibi o una forma di resistenza interna al cambiamento.

Grafico num. 8: Difficoltà nel servizio raggruppate per macrocategorie

Al di là del fatto che esistono problematiche di management, approcci, risorse, la lucidità di risposta relativa alla domanda “Quali tipologie di soluzioni sono possibili?”, mostra una buona lucidità complessiva ed è coerente con quanto affermato prima, come dimostra il grafico numero 9.

Grafico num. 9: possibili proposte di soluzione ai problemi di servizio

Permane l'esigenza di trovare altre risorse economiche, ma è ben chiaro che la direzione complessiva in cui bisogna lavorare almeno con altrettanta solerzia riguarda il miglioramento della qualità organizzativa e dell'approccio con l'utenza.

Il livello di offerta per Macroaree/Liveas**SECRETARIATO SOCIALE****Nel Distretto è presente il Servizio?**

- Sì
- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C)².

Tutto il Distretto Sociosanitario di Tivoli (RMG3) - D

Prestazioni offerte:

Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità

- Sì
- No

Consulenza sui problemi familiari e sociali

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni

- Sì
- No

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

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Mediazione interculturale

- Sì
- No

Destinatari:

Famiglie

- Sì

² Ad esempio: se il servizio è presente a Roma ed ha un bacino di utenza comunale scrivere: Roma (C).

- No

Anziani

- Sì

- No

Minori

- Sì

- No

Persone con problematiche psico-sociali (ex detenuti, ex tossicodipendenti, ex alcolisti)

- Sì

- No

Disabili

- Sì

- No

Immigrati

- Sì

- No

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Distrettuale

✓ **SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE ED AI GRUPPI SOCIALI**

- Sì
- No

Destinatari*Famiglie*

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (ex detenuti, ex tossicodipendenti, ex alcolisti)

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

✓ **AFFIANCAMENTO E AFFIDO FAMILIARE**

- Sì
- No

Destinatari:*Famiglie*

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

✓ **INSERIMENTO LAVORATIVO**

- Sì
- No

Destinatari*Disabili*

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (soggetti in condizioni di forte svantaggio economico, ex detenuti)

- Sì
- No

Giovani a rischio di devianza

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

✓ **DEFINIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

- Sì
- No

Destinatari*Disabili*

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (ex detenuti, ex tossicodipendenti, ex alcolisti, soggetti in condizioni di forte svantaggio economico)

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE PER LE SITUAZIONI DI EMERGENZA PERSONALE E FAMILIARE

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
--

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Distrettuale

✓ **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

- Sì
- No

Destinatari*Famiglie*

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali

- Sì
- No

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

- Sì
- No

✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

- Sì
- No

Destinatari*Famiglie*

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali

- Sì
- No

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

- Sì
- No

STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE

- Sì
- No

✓ STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (C)

Castel Madama (C)

di cui:

Casa Famiglia

- Sì
- No

Gruppo appartamento

- Sì
- No

Destinatari*Minori*

- Sì (**fascia anni 6-13**)
- No

Minori disabili

- Sì
- No

 STRUTTURE RESIDENZIALI PER DISABILI

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (C)

Castel Madama (C)

di cui:

Casa Famiglia

- Sì
- No

Comunità alloggio

- Sì
- No

Destinatari*Disabili adulti*

- Sì
- No

 STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

- Sì
- No

✓ ***STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI***

- Sì
- No

STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI

- Sì
- No

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER ANZIANI**

- Sì
- No

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI**

- Sì
- No

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER IL DISABILE ADULTO**

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (D) e Tivoli Terme (D)

il primo è un Centro Diurno per disagiati psichici, il secondo è un Centro Diurno per diversamente abili

Centri diurni socio-riabilitativi

- Sì
- No

Centri diurni di terapia occupazionale

- Sì
- No

Destinatari

Disabili adulti

- Sì
- No

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVE PER MINORI (0-18 anni)**

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (C)

di cui:

Asili nido

- Sì
- No

Micronidi nei luoghi di lavoro

- Sì
- No

CENTRI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALI O DIURNI A CARATTERE COMUNITARIO

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

ALTRI SERVIZI

- Sì
- No

✓ **CENTRO SOCIALE PER ANZIANI**

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tutti i Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli.

✓ **LUDOTECHE**

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (C)

Castel Madama (C)

Ciciliano (C)

✓ **CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI**

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Tivoli (S) – Tivoli, Castel Madama, San Gregorio da Sassola, Casape, San Polo dei Cavalieri, Poli

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

Gli obiettivi strategici del Piano di Zona Biennale 2008-2010 sono espressione della consapevolezza maturata da tutti gli operatori impegnati nei servizi sociosanitari, i quali nell'esercizio della propria attività lavorativa quotidiana, hanno raccolto dati ed elaborato informazioni rivelatisi ben presto utili alla programmazione del *welfare locale*. Prova ne è, tra l'altro, il successo che hanno riscosso le attività progettuali inserite nei Piani di Zona degli anni precedenti, come il *Servizio sociale itinerante* o i *Tirocini risocializzanti*. Inoltre, va tenuto presente che la costituzione e la gestione di tavoli tematici (che, come sopra specificato, attualmente sono sei: *Famiglia e minori*, *Disagio Psicico*, *Anziani*, *Diversamente abili*, *Inclusione sociale ed immigrazione*, *Tossicodipendenza*) sono momenti che ben rappresentano il senso di una strategia distrettuale volta a favorire un'ampia partecipazione, ossia una concertata azione collettiva che investe la pluralità degli stakeholders locali ai fine della progettazione dei servizi e della rilevazione dei bisogni.

L'esigenza di dare piena attuazione al Piano di Zona del Distretto Sociosanitario di Tivoli - anche attraverso azioni di coordinamento e di verifica che rendano quanto più efficace ed efficiente l'integrazione tra il "sociale" e il "sanitario" - è alla base dell'istituzione di un *Ufficio per la Struttura di Piano*. L'Ufficio per la Struttura di Piano è, allora, lo strumento operativo della programmazione locale e dell'Assemblea dei Sindaci con il compito di elaborare il Piano di Zona secondo le modalità indicate dall'Assemblea stessa. Il "valore aggiunto" dell'Ufficio per la Struttura di Piano, sia a livello socio-territoriale sia a livello politico-istituzionale, consiste nel manifestare la presenza e l'azione del Distretto, fornendo per di più preziose occasioni di riflessione metasistemica ai singoli Comuni e alla AUSL RMG3, con evidenti positive ricadute in termini di valorizzazione delle relative specificità. Inoltre, ci sono altri importanti aspetti da non sottovalutare relativamente ai fabbisogni che un tale ufficio può soddisfare.

Alla crescente mole di risorse finanziarie e umane, difatti, e alla quantità maggiore di progetti che di anno in anno vengono inseriti nel Piano di Zona del Distretto Sociosanitario di Tivoli, deve corrispondere una sempre più efficiente azione di coordinamento e di supervisione. Detta azione deve essere finalizzata, anche, al 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. Valgono qui, ovviamente, le considerazioni sopra espresse sulla necessità di una maggiore integrazione tra "sociale" e "sanitario" senza dimenticare, però, di riflettere sui vantaggi che deriverebbero da una più estesa partecipazione dei soggetti di terzo settore e, più in generale, delle organizzazioni della società civile locale. A tal riguardo, l'*Ufficio per la Struttura di Piano* deve porsi verso queste realtà come un adeguato ed attendibile riferimento istituzionale.

Il Distretto sociosanitario di Tivoli, con il Piano di Zona Biennale 2008-2010, intende continuare a soddisfare, però, altri importanti bisogni; come quelli di consulenza e informazione. In tal senso, l'esistenza di un servizio di *Segretariato sociale* attiene direttamente alla titolarità di diritti riconosciuta ad ogni cittadino. Il Segretariato sociale, difatti, soddisfa la necessità di informazione e di trasparenza delle procedure amministrative; agevolando la comunicazione avvicina le istituzioni ai cittadini; e, soprattutto, dà concretezza al principio universalistico delle politiche sociali enunciato dalla Legge n.328/2000, poiché l'aiuto offerto prescinde dallo

stato di bisogno ma, in presenza di situazioni di fragilità, attiva modalità di sostegno, di orientamento e di accompagnamento affinché l'utente possa avvalersi di servizi e di prestazioni. Il servizio di Segretariato sociale crea e utilizza conoscenza ponendosi, così, in condizione di creare importanti sinergie con l'Osservatorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli, la cui istituzione è espressione della maturazione di un processo di consapevolezza - già rintracciabile nei Piani di Zona 2002, 2003, 2004 e 2005 - condiviso e supportato dagli attori istituzionali locali. Difatti, la presa d'atto che investire nella ricerca *eviti in una fase immediatamente successiva – quella di implementazione dei servizi – di impiegare le risorse della collettività in modo insoddisfacente, se non di vederle sprecate*, comporta la prosecuzione di attività finalizzate a rilevare, quanto meno: da una parte, l'offerta di servizi (ossia la *mappatura delle risorse esistenti*) nelle sue dimensioni qualitativa e quantitativa; dall'altra la domanda di interventi sociosanitari, previa "codificazione" di un generico disagio in bisogni per rispondere ai quali è necessario organizzare e gestire servizi efficienti ed efficaci. 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 AUSL RMG3 uno stesso sistema informatico e di trattamento dei dati.

Riguardo, poi, alla capacità di soddisfare al meglio le esigenze della cittadinanza, il Distretto Sociosanitario di Tivoli, come sopra accennato, ha finora sperimentato positivamente un *servizio sociale di tipo "itinerante"*. La locuzione fa riferimento ad un servizio che garantisce l'assistente sociale in tutti quei Comuni che ne sono sforniti, la cui presenza sul posto – misurabile in ore di prestazione - è proporzionale alla popolazione residente. Pertanto, il servizio sociale itinerante è volto a garantire anche l'estensione - in tutti gli ambiti territoriali del Distretto - degli effetti positivi derivanti dalla presenza di quelle due grandi configurazioni di servizi che attirano la maggior parte delle riserve del fondo regionale destinate al Distretto stesso: *l'assistenza domiciliare ai diversamente abili* e *l'assistenza domiciliare integrata agli anziani*. Rispetto alla prima, la necessità che si avverte nel Distretto è quella di tutelare quei cittadini, diversamente abili, che soffrono una condizione di forte disagio sia individuale sia sociale legato a quegli ostacoli che impediscono lo sviluppo della loro piena autonomia. Ciò si riflette, ovviamente, sulla realizzazione del proprio specifico *progetto di vita*, inteso come tensione verso una condizione di felicità e realizzazione esistenziale, che risente fortemente di una più o meno stretta dipendenza dal proprio ambiente socio-relazionale, quasi mai vissuta con serenità. L'esigenza di trasformare le "*dipendenze dagli altri*" in soddisfacenti e creative "costruzioni di relazioni", tra coloro che sono assistiti e coloro che assistono, è una delle ragioni a fondamento del servizio di Assistenza domiciliare ai diversamente abili. Essa è stata di recente potenziata, con particolare riferimento ai casi più gravi, grazie all'applicazione della legge n.162/1998 che garantisce interventi mirati – sempre inseriti nell'ambito del Piano di Zona – a favore di coloro che vivono situazioni peggiori in termini di disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale. I disabili gravi, difatti, possono essere sostenuti solo attraverso servizi altamente specifici e personalizzati che tengano conto di esigenze difficilmente riconducibili o inquadrabili in categorie generali di bisogno e, pertanto, estensibili e/o riferibili a porzioni ampie della popolazione o a particolari target. Inoltre, l'obiettivo di garantire sempre maggiore benessere ai diversamente abili indurrà il Distretto Sociosanitario di Tivoli ad offrire un numero

crescente di occasioni di crescita personale così come possono essere considerati i viaggi ed i soggiorni di studio. A tal fine e, soprattutto, grazie alla concertazione raggiunta nell'ambito dello specifico tavolo tematico, interverrà con maggiore incisività il volontariato locale in grado di offrire valide risorse umane per svolgere mansioni di accompagnamento e/o assistenza viaggio.

Focalizzata sulla risoluzione di alcune problematiche, similari a quelle oggetto d'intervento del servizio di assistenza domiciliare ai diversamente abili, è l'*assistenza domiciliare integrata agli anziani*. Difatti, l'isolamento socio-relazionale e la non autosufficienza sono gravi problematiche che non riguardano esclusivamente le persone diversamente abili, ma anche la maggior parte dei componenti la fascia involutiva della popolazione. Il disagio psicofisico e sociale degli anziani, spesso, si trasforma in tragedia rendendoli protagonisti di tristi eventi di marginalità e sfruttamento che non di rado hanno come epilogo la morte. La mancanza di un contesto che possa valorizzare il percorso esistenziale dell'anziano consentendogli di giungere a tracciare, quanto meno nel "qui ed ora" di relazioni significative, una propria *autobiografia bilancio*, è una delle principali problematiche alle quali si cerca di fornire delle soluzioni con l'Assistenza domiciliare integrata per gli anziani. Essa, però, deve sempre imperniarsi sul principio dell'integrazione tra "sociale" e "sanitario", se si vuole che il contenimento degli inevitabili processi invalidanti, fisici e psicologici, abbia un "valore aggiunto" al fine del conseguimento delle migliori condizioni di benessere e di autosufficienza dell'anziano. In tal senso, allora, va letta anche l'innovativa proposta di espansione delle funzioni di alcuni centri anziani presenti nel distretto a favore, soprattutto, di quella fascia della popolazione anziana che è più fragile. Detti centri vengono, difatti, a porsi quali *luoghi di sollievo* nei quali l'anziano fragile può finalmente sperimentare il potenziamento delle proprie cure fisiche, proprio grazie al sostegno che il momento sociale, relazionale, di confronto e scambio (affettivo, cognitivo, ecc.) con altri anziani, garantisce.

Così, con il Piano di Zona Biennale 2008-2010 del Distretto sociosanitario di Tivoli si intende continuare ad offrire prestazioni ed interventi a sostegno della famiglia, sia alle sue componenti filiali sia a quelle genitoriali e, comunque, a tutti i minori e ai soggetti in età lavorativa. Per i primi menzioniamo, specificatamente, *gli interventi ai sensi della Legge n. 285/1997*; per i secondi, i succitati *tirocini risocializzanti*. Così, se a fronte di fenomeni sociali e culturali che hanno determinato profondi cambiamenti in ambito familiare (come i mutamenti dei ruoli nell'ambito dei rapporti di coppia e genitoriali), si avverte l'esigenza di tutelare i minori dando, al contempo, risposte più efficaci ed innovative al disagio degli adulti; gli interventi ai sensi della Legge n.285/1997 nel Distretto Sociosanitario di Tivoli tenderanno a promuovere una cultura che sia in grado di leggere il dinamismo evolutivo dei sistemi familiari e sociali, anche con riferimento alle nuove tipologie di convivenza. I tirocini risocializzanti, quindi, attraverso il collocamento mirato dei beneficiari allo svolgimento di mansioni idonee alle loro capacità promuoveranno l'autonomia e l'inserimento lavorativo di soggetti in condizioni di forte svantaggio socioeconomico, obiettivi di grande importanza soprattutto per i genitori disoccupati.

Alcune indicazioni di lavoro per il prossimo triennio. Pur sapendo che l'intero Distretto nell'arco degli ultimi anni ha avuto modo di incrementare il numero dei servizi sociosanitari esistenti, tenendo conto che anche l'Ufficio di Piano ha svolto un ruolo di attivatore non scontato e soprattutto sottolineando il fatto che esistono anche realtà d'eccellenza sul territorio – pensiamo, tra l'altro, a progetti sociali di buon livello, o in altri ambiti, al forte impatto che sta avendo la formazione professionale governata dal Comune di Tivoli, con decine di progetti

specifici, una sede accreditata, tre sedi operative – crediamo siano le criticità che debbano emergere (le “stressiamo” volutamente), per permetterci di ragionare su quali miglioramenti sono praticabili e sostenibili. Dopo avere provato a descrivere a grandi linee le questioni principali relative alle organizzazioni e ai servizi proviamo a riassumere con delle parole-chiave i focus problematici:

- Frammentazione
- Centratura sul servizio
- Bassa capacità progettuale
- Autoreferenzialità
- Sovraccarico
- Scarsa visione di sistema
- Scarsa cultura di rete
- Difficoltà metodologico-operative
- Difficoltà gestionali
- Risorse insufficienti o sottoutilizzate

I processi migliorativi da attivare riguardano sei livelli differenti. E' importante sapere sin da subito che è solo sviluppando davvero un piano strategico di lavoro e coinvolgendo gli attori istituzionali centrali, in una prima fase, per decidere orientamenti generali e contenuti del lavoro nel prossimo triennio (questa è l'unità di misura minima per parlare seriamente di azioni trasformative), che si potranno produrre dei cambiamenti. Riportiamo possibili linee di azione e di lavoro che, come già detto in altri momenti, dovranno essere - in una fase preliminare solo a livello istituzionale (government) - prima di tutto verificate, poi integrate, trasformate in strategie di lavoro pluriennali, rappresentate da obiettivi operativi e poi convertite in attività e processi. Quali sono i setting all'interno dei quali approfondire e sviluppare quanto detto? All'inizio, in una fase di condivisione e integrazione di questa attività preliminare dell'Osservatorio, possiamo pensare a: Ufficio di Piano, Dirigenza servizi sociali di Tivoli, Equipe servizi sociali, Assessorato ai servizi sociali di Tivoli, Conferenza dei Sindaci, Riunioni interassessorili.

Livello politico-strategico

1. Aggiornamento costante classe politica locale, operatori e dirigenza riguardante politiche pubbliche, comunicazione istituzionale, pianificazione, programmazione e networking;
2. Esplicitazione di un modello di welfare locale multidimensionale che intrecci varie tipologie di politiche pubbliche: sociali, sanitarie, ambientali, formative, culturali, urbanistiche, occupazionali;
3. Costruzione di un Piano distrettuale di sviluppo di respiro triennale.

Comunicazione

1. Attivare un piano strategico sulla comunicazione per “avvicinare” i vari attori locali alla pianificazione e alla progettazione integrata: newsletter continuativa, sito internet, riunioni dedicate;

2. Migliorare e rendere continuativa la comunicazione orizzontale e verticale (tra comuni, tra assessorati, tra reti e Ufficio di Piano).

Reti

1. Sviluppare reti tra strutture simili per eventi e progetti
2. Sviluppare reti tra strutture diverse per nuovi eventi o progetti integrabili;
3. Rafforzare le reti politico-strategiche di Piano.

Servizi e attività

1. Implementazione di un sistema basic di monitoraggio e valutazione;
2. Integrazione continua tra 3 livelli, anche all'interno del classico servizio sociosanitario: sociosanitario, promozionale, culturale.

Pianificazione partecipata

1. Anagrafica aggiornata (registro distrettuale) degli attori territoriali;
2. Empowerment di comunità;
3. Costruzione del Sistema Informativo Sociale del Distretto;
4. Politiche sociali tra sviluppo locale e multidimensionalità;
5. Costruzione di un percorso di lavoro comune, riguardante la pianificazione e la programmazione integrata, di respiro annuale con individuazione degli attori; ruoli, funzioni, mandati; obiettivi strategici ed operativi; spazi, design e prassi partecipative; metodologia di lavoro comune; tempi.

Progettazione

1. Favorire partnership e reti locali;
2. Costruzione di un sistema basic di analisi dei bisogni (ricerca-azione);
3. Incrementare livelli e qualità della progettazione.

Gli obiettivi strategici articolati per macroaree

5.a. Area Minori e Famiglia

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

5.b. Area Anziani

- Favorire l'autosufficienza;
- promuovere la socialità;

- salvaguardare le specifiche autonomie personali;
- evitare, per quanto possibile, l'istituzionalizzazione;

5.c. Area Disabili

- Favorire l'autonomia del disagio sia sul piano fisico, sia su quello relazionale;
- promuovere l'integrazione sociale e lavorativa del disabile;
- abolizione delle barriere fisiche e mentali.

5.d. Area disagio ed esclusione sociale

- Promuovere l'inserimento sociale degli svantaggiati;
- sostenere le famiglie nei percorsi di recupero terapeutico e sociorelazionali dei soggetti svantaggiati;
- realizzare condizioni di maggiore giustizia sociale.

5.e. Area Immigrati

- 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.

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

- Coinvolgimento del Terzo Settore:
 - *consultazione*
 - *partecipazione alla stesura del Piano*
 - *monitoraggio del Piano*
 - *altro (specificare _____)*
- Organizzazioni di consulte
- Predisposizione di uffici o coordinamenti di piano per l'integrazione
- Promozione di percorsi di formazione e aggiornamento tra operatori sociali e sanitari
- Specifici protocolli concordati con le Asl

7. Le modalità da adottare per realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato e con la pluralità dei soggetti locali

Eventuali Protocolli d'Intesa.

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

La valutazione dei risultati avverrà previa somministrazione di appositi questionari (sia per l'analisi organizzativa dei servizi, sia per l'utenza) e riguarderà la dimensione del gradimento e della soddisfazione dell'utenza oltre alla dimensione concernente il funzionamento dei servizi erogati rispetto agli obiettivi prefissati. Il governo dei processi valutazione e monitoraggio sarà affidata al costituendo Osservatorio Sociosanitario distrettuale.

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

L'esperienza di gestione del Piano 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-programmatorie* nel campo del *welfare locale*. Questo ultimo, difatti, è estremamente articolato e connesso allo svolgersi di molteplici fenomeni sociali. Lo stesso coinvolgimento dei vari attori del sistema di welfare locale – come i soggetti di terzo settore – produce scarsi risultati, in termini di rinnovamento del sistema stesso, se le amministrazioni pubbliche incontrano difficoltà nello stabilire indirizzi programmatici generali, standard delle prestazioni e degli interventi, modalità di controllo sul loro rispetto e sul loro grado di efficacia. Considerando che, un adeguato sistema informativo sociosanitario dovrebbe avere la funzione di orientare, valutare e controllare - l'insieme delle erogazioni sociosanitarie pubbliche, private o privato sociali - se ne comprende bene, allora, la cruciale importanza ai fini della pianificazione e della programmazione del welfare locale. Possedere un adeguato sistema informativo vuol dire, quindi, poter contare su un insieme di strumenti ed una realtà organizzativa che:

- da un parte produca dati, sull'offerta delle prestazioni e degli interventi sociosanitari da parte dei soggetti erogatori, utilizzabili per la pianificazione e per la programmazione, “stressando” e migliorando continuamente i processi di natura amministrativa;
- dall'altra produca dati, di carattere epidemiologico e relativi alla domanda sociale di prestazioni e interventi, che consentano di comprendere quei fattori sociali caratterizzanti le diverse sfere d'azione del sistema di welfare locale.

L'obiettivo generale è, pertanto, quello di attivare flussi informativi a sostegno delle attività di *controllo di gestione* e di *analisi della qualità dei servizi* – attraverso report esaustivi e rigorosi documentanti la realtà quotidiana proprio perché costantemente aggiornati - sviluppando, inoltre, flussi di analisi dei bisogni e di condizioni di gruppi di cittadini o di aree territoriali che consentano di delineare il quadro del mutamento sociosanitario. Il “programmatore sociosanitario” deve, pertanto, dotarsi di un impianto conoscitivo risultante dalla sintesi informativa operata sia sul versante dell'offerta di prestazioni ed interventi, sia sul versante della domanda sociale. In tale direzione va la proposta di realizzare, successivamente al lavoro dell'Osservatorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli, un adeguato Sistema Informativo Sociale Distrettuale.

A tal riguardo dobbiamo ricordare che le leggi che costituiscono le fondamenta del processo di integrazione dei sistemi di informazione sociali e sanitari tra loro fortemente connessi sono la L.229/99 e la L.328/00: la prima concerne il piano di integrazione operativo, la seconda il piano di integrazione informativo. Certo, non si tratta di enunciazioni esaustive, forse per certi aspetti solo abbozzate (v.art.21 L.328/00); tuttavia costituiscono un pregevole sforzo di coniugazione di due comparti d'azione centrali nella vita della popolazione: la tutela della salute e la protezione sociale.

La traduzione di questi enunciati in una concreta e reale prospettiva di attuazione si concretizza nell'art.21 della L.328/00 dedicato specificamente al *Sistema informativo dei Servizi Sociali*. L'art.21 recita: *lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.*

Se è vero che a questo articolo è lecito muovere la critica di volare “troppo alto”, di non entrare sufficientemente nel merito di “chi” debba fare “cosa”; tuttavia esso interpreta un fondamentale cambiamento di mentalità nel modo di occuparsi delle politiche sociali; un atteggiamento maturo e consapevole della necessità di fondare l'azione sulla conoscenza competente del contesto su cui si va ad incidere. In questo articolo entra in gioco il fattore “tempo”: una delle caratteristiche di un Sistema Informativo risiede proprio nella capacità di fornire *tempestivamente* informazioni utili all'agire in senso lato. Lo stato attuale dell'informazione statistica in tutti i settori dell'agire, non solo sociale e sanitario, pone di fronte al problema della “attualità” delle informazioni. Non è possibile pensare di disegnare un programma di interventi sociali o sanitari disponendo di dati eccessivamente datati, in una società che cambia a ritmi molto più veloci di un tempo, con bisogni multiformi e fluidi non riconducibili a vecchi schemi o stereotipi. L'art.21 sancisce, quindi, questa ineludibile funzionalità del Sistema Informativo alle attività di programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali.

Nel linguaggio comune molto spesso si usano i termini “dati” ed “informazioni” in modo intercambiabile, ma in realtà c’è una grande differenza tra i due, se si considera che i dati sono una raccolta di fatti, mentre le informazioni ci restituiscono l’equivalente in termini di conoscenza. Le informazioni sono dati organizzati e presentati in modo utile per la descrizione, esplicazione e comprensione di un fenomeno, e talora per la determinazione di una decisione.

I dati sono generalmente molto numerosi sia rispetto alle caratteristiche indagate (variabili), sia rispetto ai casi. Questa vasta mole di dati non sarebbe, però, in alcun modo comprensibile e tanto meno sintetizzabile dalla mente umana, se non si presentasse in una forma organizzata, funzionale agli scopi della sua raccolta. L’organizzazione dei dati avviene generalmente all’interno dei c.d. database, dove alle colonne corrispondono le variabili o caratteristiche che si vogliono collezionare sul singolo caso; mentre alle righe o record corrispondono i casi stessi. Esistono numerosi programmi in grado di gestire pesanti dataset, ciascuno con dei task specifici legati ad applicazioni anche molto particolari.

Ma come convertire i dati in informazioni? A seconda delle finalità per cui i dati sono stati raccolti (studio, amministrazione, gestione etc.), sono disponibili diverse possibilità di interrogazione del sistema. L’interrogazione deve, quindi, rispondere a dei criteri prefissati e consentire di ridurre la mole dei dati a informazioni sintetiche che, se trattate ulteriormente, possono generare ulteriori elementi di conoscenza del fenomeno oggetto di studio. Naturalmente è opportuno accostarsi alle informazioni usando il buon senso, insieme ad un bagaglio conoscitivo adeguato sulle operazioni da svolgere. Infatti se è vero che i sistemi di interrogazione si basano spesso su semplici funzioni di counting, è altrettanto vero che per studi approfonditi devono consentire elaborazioni statistiche anche molto complesse. È bene comunque ricordare che i dati dei database possono essere esportati su programmi statistici in grado di elaborarli con metodi e tecniche anche molto sofisticati (ACM, Cluster analysis, ANOVA, analisi causale, etc.).

La realizzazione di un Sistema Informativo Sociale, da realizzare in collaborazione tra i Comuni e la ASL, conduce proprio a questo duplice risultato: da un lato consente la produzione di informazioni utili a livello gestionale ed amministrativo, dall’altro garantisce la possibilità di analizzare più a fondo le realtà con cui i servizi entrano in contatto, riuscendo a definire i profili dei bisogni espressi e latenti della popolazione, quelli soddisfatti e quelli rimasti senza risposta, le tipologie più idonee di intervento, e quant’altro possa risultare utile per l’osservazione. Un sistema di rete pensato per dare corpo ad un’attività che, seppur capillare ed incisiva, stenta a rappresentarsi all’esterno con dei contorni precisi e definiti. Una rete funzionale ai servizi stessi che ne traggono giovamento per la maggiore fluidità con cui l’informazione è circolare, consentendo di dedicare maggior tempo alla progettazione e proposta di interventi innovativi adeguati al mutare dei tempi e capaci di rispondere ai bisogni di volta in volta emergenti.

Un SI è un insieme strutturato di risorse umane, di strumenti di memorizzazione, di scambio, elaborazione e diffusione delle informazioni; di procedure manuali ed automatizzate per il trattamento delle informazioni e di regole organizzative per la loro gestione (P.Atzeni, S.Ceri, S.Paraboschi, R.Torlone, 1999). Un SI si compone inoltre di tante “anime”: in esso convergono, per cooperare in un intenso lavoro d’équipe, figure professionali diverse che vanno dall’informatico al sociologo, dal demografo all’epidemiologo, piuttosto che l’economista, il

giurista e il manager; prevede funzioni di gestione e di organizzazione investendo l'impiego di risorse materiali (attrezzature hardware e software).

Quanto premesso consente di *sgombrare il campo da un'equivalenza che spesso, erroneamente, si stabilisce tra SI e sistema informatico o gestione informatizzata del dato/informazione*. Il sistema informatico è, infatti, l'insieme degli strumenti per la gestione automatizzata di un SI che senza dubbio costituisce un importante elemento per l'implementazione del SI ma non è esattamente sovrapponibile ad esso.

Un SI è concepito per essere parte integrante dell'azione sociale e sanitaria, presupposto per l'esercizio effettivo di una cittadinanza sociale e per la produzione di informazione utile alla pianificazione di politiche sociali e alla valutazione di best practice. In tal senso, il SI costituisce una risposta concreta, tangibile ed operativa a quanto la legge 328/2000 prevede per il sistema degli interventi e dei servizi sociali. La norma interpreta un fondamentale cambiamento di mentalità nel modo di occuparsi delle politiche sociali; un atteggiamento consapevole della necessità di fondare l'azione sulla conoscenza competente del contesto su cui si va ad incidere. La conoscenza come premessa e presupposto dell'azione sociale.

Si abbandona, quindi, la logica autoreferenziale del sistema socio-assistenziale tradizionale, secondo la quale è l'offerta dei servizi a porsi come punto di riferimento principale, come sistema dato, svincolato da una corrispondenza con i bisogni della popolazione, per accogliere, invece, un *modello relazionale*, in cui la programmazione dei servizi sociali, la programmazione dell'offerta, è strettamente correlata ai bisogni e alle richieste della popolazione cui è rivolta. In tal senso i SIS, strumenti tecnologici altamente specializzati "logicamente integrati, [fatti] di metodi, procedure e tecniche per la selezione, la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e la distribuzione di informazioni relative all'area sociale", si definiscono *client-centred*, in quanto muovono dai bisogni delle persone comprendendo non esclusivamente elementi "oggettivi", ma anche informazioni che ricostruiscono la "storia" sociale (contesto familiare, abitativo, occupazionale) del cittadino. In termini più generali si tratta di uno strumento di osservazione ed analisi del mondo sociale che sfuma le contrapposizioni classiche tra macro e microsociologia, tra qualitativo e quantitativo, tra soggettivo e oggettivo, suggerendo un'efficace via applicativa di quanto sostenuto da P.Bourdieu, in chiave teorico-metodologica e interpretativa nel concetto di "spazio sociale".

Una delle esigenze cui i SI rispondono efficacemente consiste nella capacità di fornire *tempestivamente* informazioni utili all'azione: il fattore "tempo" costituisce decisamente una delle sue caratteristiche essenziali. Lo stato attuale dell'informazione statistica, un po' in tutti i settori della ricerca e dell'agire, non solo sociale, pone lo studioso come l'operatore di settore o il decisore politico di fronte al problema dell'"attualità" delle informazioni. Molte delle indagini più significative, condotte sistematicamente nel nostro Paese, comportano una notevole mole di lavoro per gli istituti di ricerca che le gestiscono, per assicurare un livello alto di affidabilità e qualità dell'informazione statistica che ne deriva: tuttavia, questo comporta un costo in termini di tempestività nella fruizione dell'informazione.

Gli studi di progettazione ed implementazione di Sistemi Informativi (SI), in questo particolare momento storico, sono oggetto di un'impegnata riflessione da parte dei diversi attori della vita sociale e sanitaria del nostro Paese in seguito ad una maturazione del modo di concepire la risorsa "informazione". Con questo non si intende affermare che l'"idea" di sistema informativo non sia rintracciabile in epoche precedenti, infatti, anche in realtà anteriori all'invenzione e alla diffusione delle prime forme di automatizzazione si individuano forme di organizzazione e gestione di dati e informazioni (P.Atzeni, S.Ceri, S.Paraboschi, R.Torlone, 1999).

Il sistema informativo rappresenta una pratica concreta di come il dato statistico possa generare informazione utile per:

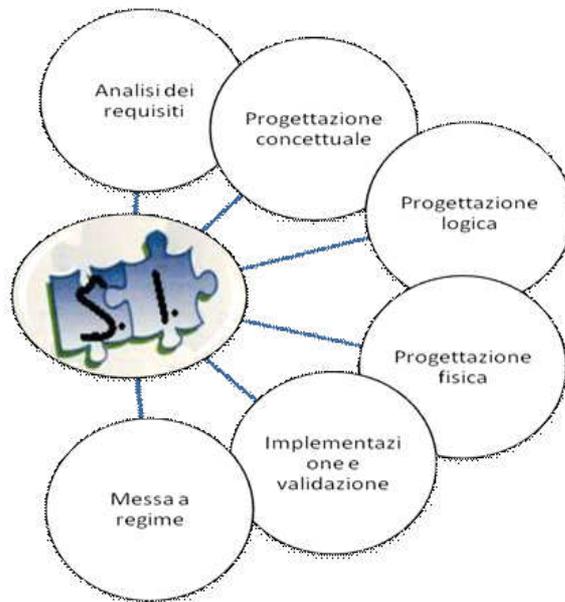
- 1) favorire i processi di valutazione dell'offerta esistente sul territorio;
- 2) supportare i processi decisionali a livello di programmazione dell'offerta di servizi e delle politiche sociali in risposta alla domanda espressa da una popolazione di riferimento;
- 3) sostenere la partecipazione, la capacità di contrattazione e concertazione tra i diversi attori sociali.

Secondo l'AIPA (Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) per SI si intende il complesso dei flussi informativi e dei processi di lavoro uniti agli strumenti, alle risorse e alle persone che, a loro volta, rappresentano, creano o trasferiscono le informazioni stesse. Un SI nasce quindi dalla cooperazione e armonizzazione funzionale delle seguenti componenti :

- 1) procedimenti e struttura organizzativa
- 2) utenza e tipologia del servizio
- 3) processi e scenari di cambiamento
- 4) applicazioni e gestione dati
- 5) software di ambiente e sistemi operativi
- 6) servizi di rete, hardware e infrastruttura di comunicazione

Come appare evidente, quindi, la struttura di un SI è molto articolata e complessa! Pertanto, prima della sua implementazione è necessario compiere delle scelte di indirizzo ben ragionate e *condivise*, base imprescindibile di un'intensa attività di progettazione.

Il lavoro dovrà essere essenzialmente strumentale alle esigenze conoscitive dei servizi e della ricerca più in generale, comprendere il coinvolgimento dei servizi nella elaborazione/interpretazione dei dati, per favorire, in tal modo, la costruzione di sinergie tra competenze diverse e specifiche di ciascun campo, attivando così non solo azioni di ricerca, che si concretizzano in Rapporti periodici sulle attività svolte, ma agevolando la realizzazione del Sistema Informativo come strumento per ottimizzare l'*efficienza* e l'*efficacia* delle organizzazioni che se ne avvaleranno.



Le fasi di costruzione di un SI

Finanziamenti 2006	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Lett. A: Fondo assegnato ai Comuni in proporzione alla popolazione ed al territorio, (somma di tutti i Comuni afferenti al Distretto)	0	
Lett. B: Fondo riservato al finanziamento di specifici progetti di interesse regionale e/o rilevante interesse sociale	0	
Lett. C: Fondo assegnato ai Comuni capofila per la gestione associata dei servizi ed interventi di cui alla L.R. 38/96, per il finanziamento di servizi realizzati in forma integrata con la ASL	€ 330.776,00	Ufficio per la Struttura di Piano – Assistenza domiciliare anziani e diversamente abili
Fondo nazionale per le politiche sociali – art. 20 Legge 328/2000	€ 561.036,00	Ufficio per la Struttura di Piano – Segretariato sociale – Servizio Sociale Itinerante – Servizio di accompagnamento in favore dei minori disabili – Assistenza domiciliare anziani e diversamente abili
L. 162/1998 (<i>handicap grave</i>)	€ 75.416,00	Intervento distrettuale di assistenza diretta e indiretta.

Finanziamenti 2006	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L. 284/1997 (privi di vista)	0	
L. 285/1997 (infanzia ed adolescenza)	€ 136.467,00	Servizio Distrettuale – Assistenza Domiciliare Educativa – Centri estivi distrettuali.
L. 104/1992 (comunità alloggio)	0	
L. 45/1999 (tossicodipendenza): prevenzione primaria e reinserimento	0	
L.R. 41/1993 (R.S.A.)	€ 134.022,34	Casape – CastelMadama – Ciciliano - Pisoniano – San Gregorio da Sassola – San Polo dei Cavalieri

Finanziamenti 2006	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L.R. 59/1980 (gestione asili nido)	€ 69.844,00	Asib Nido Comunale (Comune di Tivoli)
L.R. 17/1990 (immigrazione)	0	
Dlgs 286/98 (immigrazione)	0	
L.R. 68/1991 (emigrazione)	0	

Finanziamenti 2006	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Finanziamenti ricevuti da altre Amministrazioni Pubbliche Provincia di Roma	0	
Altri finanziamenti (specificare) Provincia di Roma	0	
Totale Finanziamenti	€ 1.307.561,34	

Finanziamenti 2007	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Lett. A: Fondo assegnato ai Comuni in proporzione alla popolazione ed al territorio, (somma di tutti i Comuni afferenti al Distretto)	0	
Lett. B: Fondo riservato al finanziamento di specifici progetti di interesse regionale e/o rilevante interesse sociale	0	
Lett. C: Fondo assegnato ai Comuni capofila per la gestione associata dei servizi ed interventi di cui alla L.R. 38/96, per il finanziamento di servizi realizzati in forma integrata con la ASL	€ 343.423,00	Ufficio per la Struttura di Piano – Assistenza domiciliare anziani e diversamente abili
Fondo nazionale per le politiche sociali – art. 20 Legge 328/2000	€ 561.036,00	Ufficio per la Struttura di Piano – Segretariato sociale – Servizio Sociale Itinerante – Servizio di accompagnamento in favore dei minori disabili – Assistenza domiciliare anziani e diversamente abili
L. 162/1998 (<i>handicap grave</i>)	€ 75.416,00	Intervento distrettuale di assistenza diretta e indiretta.

Finanziamenti 2007	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L. 284/1997 (privi di vista)	0	
L. 285/1997 (infanzia ed adolescenza)	€ 136.467,00	Servizio Distrettuale – Assistenza Domiciliare Educativa – Centri estivi distrettuali.
L. 104/1992 (comunità alloggio)	0	
L. 45/1999 (tossicodipendenza): prevenzione primaria e reinserimento	0	
L.R. 41/1993 (R.S.A.)	€ 134.022,34	Casape – CastelMadama – Ciciliano - Pisoniano – San Gregorio da Sassola – San Polo dei Cavalieri

Finanziamenti 2007	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L.R. 59/1980 (gestione asili nido)	€ 89.000,00	Asib Nido Comunale (Comune di Tivoli)
L.R. 17/1990 (immigrazione)	0	
Dlgs 286/98 (immigrazione)	0	
L.R. 68/1991 (emigrazione)	0	

Finanziamenti 2007	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Finanziamenti ricevuti da altre Amministrazioni Pubbliche Provincia di Roma	0	
Altri finanziamenti (specificare) Provincia di Roma	0	
Totale Finanziamenti	€ 1.339.364,34	

PIANO DI ZONA TRIENNALE

2008-2010

I PROGETTI





1. Titolo del progetto

Il Centro per la famiglia

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Trattasi di attività già avviata presso il Comune di Tivoli in qualità di Comune capofila del Distretto Sociosanitario omonimo.

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

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; per promuovere il superamento dell'approccio assistenzialista a favore di una dimensione culturale fondata sulla conoscenza, sulla prevenzione e sull'intervento. A tal riguardo, il Centro per la Famiglia intende diffondere la consapevolezza che la separazione è un processo fondato sul rispetto reciproco dei soggetti affinché si possa raggiungere l'obiettivo fondamentale di sostenere gli impegni e le responsabilità dei genitori nei confronti dei figli. Le attività proposte poggeranno sui seguenti principi:

- la corrispondenza tra stato di benessere/malessere della famiglia e benessere/malessere del bambino;
- la costruzione di un "terreno collaborativo" che coinvolga in sinergia la famiglia, gli enti e tutti i servizi presenti sul territorio che si occupano delle tematiche familiari

Va precisato che gli interventi del Centro per la Famiglia agiranno in un'area molto delicata che richiede attenzione, regolamentata dalla legge 8 febbraio 2006, n.54 sulle "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli". Precedentemente l'emanazione di tale provvedimento, l'affidamento dei figli era generalmente disposto a favore di uno o dell'altro genitore, relegando la dimensione della condivisione ad un carattere di marginalità ed eccezionalità. Con questa legge si capovolge giuricamente e anche praticamente, il quadro della



situazione, stabilendo che l'affidamento sia disposto di regola a favore di entrambi i genitori, relegando nella marginalità l'affidamento del minore all'una o all'altra figura, riservando questa ipotesi a episodi eccezionali caratterizzati da situazioni ambientali, contestuali e sociali particolarmente disagiate. L'affidamento può essere assegnato a entrambi i genitori congiuntamente, relegando l'aiuto e il controllo a uno solo di essi. L'affidamento distinto dall'aiuto e dal controllo, è inteso come facoltà di decidere in merito all'educazione, la religione e altri aspetti fondamentali per la crescita e per la vita del bambino. Uno dei principali argomenti a favore di questa modalità, è il riconoscimento delle figure dei genitori che continuano ad essere responsabili dei figli, nonostante la conclusione del matrimonio. Il principio su cui si fonda tale legge e che ha portato a una sua emanazione, è sicuramente incentrato sulla presa di coscienza collettiva e istituzionale dell'importanza per il minore di esercitare il proprio diritto di mantenere legami con il padre, la madre e le loro realtà familiari. Si riconosce istituzionalmente che, situazioni in cui venga pregiudicata ai figli la presenza di affettività da una parte genitoriale, possano alterare una sana crescita educativa, caratteriale e personale del ragazzo. La legge interviene in sostanza su tutti quegli aspetti che hanno determinato da sempre un distacco totale tra le parti nel processo separativo. Interviene a regolare principi legali e burocratici, come l'assegno di mantenimento, la casa, le sanzioni genitoriali, tutto questo in un'ottica di dialogo e confronto ai fini del mantenimento di un benessere psico-fisico del minore, improntando per questo tutti i possibili interventi in una dimensione comunicativa orientata verso il compromesso pacifico.

6. Liveas

No

7. Macroarea

Minori e famiglia, socializzazione interfamiliare e prevenzione del disagio minorile e familiare

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 61.506,00 (sessantunmilacinquecentosei/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

ascolto e sostegno ai genitori che si trovano ad affrontare la crescita dei propri figli;
stesura di progetti educativi soggettivizzati per il bambino e la sua famiglia;
informazione ed orientamento sulle risorse e i servizi del territorio;
sostegno ai genitori in difficoltà che necessitano di un sostegno concreto nell'educazione e nella crescita dei propri figli: dall'igiene all'alimentazione; dall'istruzione scolastica alla condivisione delle regole; dalla gestione delle liti familiari alla gestione dei momenti di crisi e di apertura al cambiamento;
incentivazione dei processi di socializzazione – anche in termini di rigenerazione dei rapporti tra generazioni - per mezzo di molteplici attività: dalla lettura al gioco; dalla visione di film alla programmazione di occasioni d'incontro tra coetanei e di stimolo delle capacità e delle risorse personali;
consulenza di advocacy a sfondo sia legale sia giudiziario;
gruppi di confronto ed auto-aiuto tra genitori;



azioni di sostegno alla genitorialità e alla maternità anche attraverso la programmazione e l'esecuzione di incontri su temi quali: la nascita, le cure al neonato, lo svezzamento, i primi giochi, i massaggi, il contatto corporeo, ecc.;

coinvolgimento degli istituti scolastici di ogni ordine e grado con l'obiettivo di facilitare le relazioni tra la famiglia ed il mondo della scuola affinché questa diventi sempre più luogo di ascolto, sostegno ed integrazione;

consulenza volta alla agevolazione della condizione di disagio delle coppie che vivono un momento di crisi e pensano alla separazione o sono in procinto di separarsi;

consulenza volta alla agevolazione della condizione di disagio dei genitori che desiderano diminuire la traumaticità della separazione o di quelli già separati ma in conflitto su tematiche conenziali il distacco;

mediazione familiare;

attività di agevolazione all'incontro tra il genitore non affidatario ed il minore (incontri protetti);

attività ludico-ricreative a tema;

workshop, laboratori, corsi;

attività educativo-formative e gruppi di confronto organizzati dai genitori su tematiche pedagogiche e familiari;

consultazione documentazione e libri;

promozione di studi e ricerche legate alle tematiche familiari;

sportello informafamiglie;

costruzione database contenente anche la legislazione regionale e nazionale riguardante la famiglia e le categorie sociali che la compongono.

10. Bacino di utenza

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale (specificare i Comuni) | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | |
| <hr/> | |
| - Comunale (specificare il Comune) | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | |
| <hr/> | |
| <hr/> | |

11. Tipologia di utenza

Famiglie, minori, genitori, nuclei monoparentali e/o monogenitoriali, separati e divorziati.

12. Obiettivi del progetto

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.

13. Tempi di attuazione

Si prevede l’avvio del progetto entro gennaio 2009

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | _ | _ |

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel biennio 2006-2007 | _ | _ | _ | _ |

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista | _ | _ | _ | _ |

Potenzialmente, l’intera popolazione distrettuale

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi | _ | _ | 1 |
- Assistenti sociali | _ | _ | 1 |
- Sociologi | _ | _ | 1 |



- Psicologi	_ 1
- Pedagogisti	_ 1
- Educatori professionali	_ 1
- Operatori socio-sanitari	_ _
- Volontari	_ _
- Mediatori culturali	_ _
- Altre figure: <i>giurista/avvocato</i>	_ 1
<i>mediatore familiare</i>	_ 1

19. Sede della struttura e/o dell'attività

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)
-
- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)

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, sarà prodotta una pubblicazione di sintesi, presentata in un seminario di chiusura annualità, 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

La pubblicazione potrà essere presentata in un seminario di chiusura annuale, dove ci sarà occasione di fornire al pubblico informazioni sulle attività condotte, evidenziando le esperienze più importanti e aprendo il confronto e la comparazione con esperienze analoghe attuate in altri contesti.



Al seminario saranno invitati a partecipare, in qualità di relatori, rappresentanti delle istituzioni locali, rappresentanti di eventuali associazioni degli utenti, rappresentanti del mondo accademico, della formazione e eventuali altre figure coinvolte durante il progetto. Questi procedimenti di verifica e comunicazione dei risultati potranno avvenire con cadenza annuale o biennale differentemente dalla tipologia delle attività proposte e considerate.

- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

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.



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	61.506,00	40.000,00		24.000,00		125.506,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale						

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

L'Ufficio di Piano

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Trattasi di attività già avviata presso il Comune di Tivoli in qualità di Comune capofila del Distretto Sociosanitario omonimo.

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

L'Ufficio di Piano è lo strumento operativo per la programmazione locale con il compito di provvedere all'elaborazione del Piano di Zona secondo le modalità indicate dal Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma. I componenti dell'Ufficio di Piano vengono individuati dall'Assemblea dell'Accordo di Programma. Le risorse umane dell'Ufficio di Piano sono costituite da personale distaccato dagli enti di appartenenza o con incarichi ad operatori esterni di cui sia dimostrata la competenza in campo amministrativo e sociosanitario.

6. Liveas

No

7. Macroarea

Generale, amministrativa-organizzativa

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 76.706,00 (settantaseimilasettecentosei/00)



9. Servizi/prestazioni erogati

elaborare il Piano di Zona;
elaborare e sottoporre alla valutazione dell'Assemblea dei Sindaci i piani di lavoro e di sviluppo dei servizi;
supportare l'Assemblea dei Sindaci nell'attuazione degli indirizzi politico-amministrativi e nelle attività di programmazione, coordinamento e verifica dei servizi, nonché della gestione del budget delle risorse assegnate;
progettare e coordinare le analisi e le ricerche propedeutiche alla definizione dei Piani di Zona;
predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi;
predisporre atti finanziari sia per la gestione corrente dell'Ufficio medesimo, sia per la materiale erogazione delle somme destinate al finanziamento dei soggetti che gestiscono il servizio;
predisporre l'articolato dei protocolli d'intesa e di tutti gli atti volti a realizzare il coordinamento degli organi periferici delle amministrazioni statali;
organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati anche al fine dell'organizzazione della gestione del sistema di monitoraggio e valutazione;
promuovere iniziative per il reperimento di risorse finanziarie anche attraverso progetti europei;
predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento da parte del Comune capofila - che in quanto tale è gestore del fondo complessivo del Distretto – dell'obbligo di rendicontazione;
formulare indicazioni e suggerimenti diretti all'Assemblea dei Sindaci in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, di rimodulazione delle attività previste dal Piano di Zona; di acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti.

10. Bacino di utenza

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale (specificare i Comuni) | <input type="checkbox"/> |
| _____ | |
| _____ | |
| - Comunale (specificare il Comune) | <input type="checkbox"/> |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | <input type="checkbox"/> |

11. Tipologia di utenza

Amministratori e amministrativi del Distretto; terzo settore, società civile organizzata.

12. Obiettivi del progetto

Garantire la realizzazione del sistema integrato degli interventi socio-sanitari;
rendere concretamente attuabili le linee programmatiche deliberate dal Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma;



svolgere una funzione generale di carattere amministrativo, tecnico-progettuale ed organizzativo

13. Tempi di attuazione

Il progetto intende garantire la prosecuzione delle attività già in corso di svolgimento.

14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 |_|_|_|_|_|

I soggetti che si rivolgono all'Ufficio sono, principalmente, il Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma, i Comuni e l'AUSL RMG3, Terzo Settore. La sede dell'Ufficio è presso i locali del Comune di Tivoli.

16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (specificare: il Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma)

17. Utenza annuale prevista |_|_|_|_|_|

18. Personale coinvolto nel progetto



- Amministrativi	_ _ 3
- Assistenti sociali	_ _ 1
- Sociologi	_ _ 1
- Psicologi	_ _ _
- Pedagogisti	_ _ _
- Educatori professionali	_ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _ _
- Volontari	_ _ _
- Mediatori culturali	_ _ _
- Altre figure: <i>membri del Comitato Tecnico Scientifico</i>	_ _ 8

19. Sede della struttura e/o dell'attività

00019 Tivoli – 60, Via della Missione – T.0774453268, T&F 0774453407

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)
-
- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
- Periodiche riunioni di verifica del lavoro svolto e dei risultati emergenti dalla reportistica prodotta.
- No

22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

E' membro effettivo dell'Ufficio per la Struttura di Piano un rappresentante della AUSL RMG3 (Distretto Sociosanitario di Tivoli).



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costi.Importi in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	1 Sociologo: 24.500,00					73.500,00
	2 Amministrativi: 49.000,00					
Costo di funzionamento e gestione	Utenze: 1.006,00					2.006,00
	Acquisto materiale: 1.000,00					
Costo di struttura e di mantenimento	1.200,00					1.200,00
Totale	76.706,00					76.706,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Sportello del Consumatore e dell'Utente dei Servizi offerti nel Distretto Sociosanitario di Tivoli

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Trattasi di un progetto di interesse distrettuale

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

Lo sportello del consumatore di Tivoli è un servizio innovativo che offre ai cittadini informazione e consulenza sulle tematiche del consumo ed orientamento al mercato. Il Progetto è Cofinanziato dalla Provincia di Roma ed attivato presso il comune di Tivoli, quale Comune Capofila del Distretto RMG3.

Lo sportello si avvarrà della collaborazione di un'associazione di Tutela dei consumatori ed utenti, che si configura come attiva struttura di sostegno tecnico-professionale. L'iniziativa consiste nel fornire in maniera coordinata e capillare una serie di servizi di consulenza e divulgazione su temi e problematiche tipiche del "consumerismo". Le opportunità e l'accesso ai servizi è favorito grazie agli uffici ed ai punti d'ascolto che le associazioni partner offrono su tutto il territorio. Sarà prerogativa del servizio la creazione di una continuità interattiva tra operatori e utenza che permetterà la crescita delle efficienze offerte proprio grazie all'arricchimento derivante dalla segnalazioni dei disservizi da parte della cittadinanza.

Le attività verranno svolte attraverso tre modalità d'azione:

Servizio informativo e di orientamento: attraverso l'accoglienza diretta allo sportello con l'obiettivo di aiutare il consumatore ad affrontare e risolvere problemi di vita quotidiana, risparmiando così tempo prezioso.



Richiesta di informazioni approfondite: nel caso non sia possibile rispondere immediatamente ai quesiti del cliente, l'esperto del Movimento Consumatori potrà avvalersi di un team in grado di fornire, in breve tempo, ogni necessario approfondimento. Sarà possibile richiedere colloqui privati su appuntamento per i casi più complessi richiedenti specifici approfondimenti e necessitanti di particolare privacy.

Un percorso interattivo: per sapere nel dettaglio quali sono le principali tematiche che attualmente si possono affrontare sarà possibile visitare il sito che comprenderà delle banche dati consultabili dall'utente in modo semplice e diretto.

I riferimenti a disposizione dell'utente saranno:

normativi giuridici: saranno disponibili le principali normative sugli aspetti commerciali e del consumatore

anagrafiche commerciali: saranno disponibili i riferimenti degli esercizi commerciali e dei servizi di pubblica utilità

domande on line: sarà possibile chiedere informazioni agli addetti ricevendo una risposta via e-mail.

Spazio d'opinione: spazio a disposizione del cittadino per suggerimenti, idee, segnalazioni e proposte.

Si disporrà inoltre di un sistema web con i link dei principali siti delle associazioni e delle istituzioni e un database di domande e risposte frequenti. Grazie al sistema web il cliente potrà essere costantemente informato sulle principali iniziative realizzate da associazioni ed istituzioni su temi specifici.

La sfida è quella di usare un canale che possa entrare direttamente nelle case del cittadino per comunicare e cooperare su diverse tematiche, collegate al commercio e al consumo, come l'ambiente, l'economia e la società locale. Uno spazio informativo sulla città ma soprattutto un modo per aprire un canale interattivo in grado di raccogliere voci, idee e strade possibili per ipotesi di sviluppo sostenibili e condivise.

6. Liveas

No

7. Macroarea

Tutela dei diritti e dei bisogni della popolazione distrettuale

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 39.600,00 (trentanovemilaseicento/00) di cui 6.000,00 (seimila/00) a carico del Budget di Distretto e 33.600,00 (trentaseimilaseicento/00) quale finanziamento della Provincia di Roma.



9. Servizi/prestazioni erogati

Le aree di intervento saranno le seguenti:

9A. Orientamento e informazioni sui servizi e sulle tematiche commerciali:

- informazione sui servizi e sui consumi;
- informazioni sulla normativa generale e specifica;
- informazioni sui diritti del consumatore
- fornire informazioni, documentazione, consulenza e tutela su temi e problemi specifici e generali;
- stipula di convenzioni con i servizi commerciali del territorio.

9B. Riferimento e segnalazione anomalie commerciali:

- consulenza e tutela su problemi diffusi di pronta soluzione quali disdette dei contratti, truffe e raggiri, servizi finanziari, viaggi e turismo, pubblicità ingannevole, diritto alla privacy, clausole vessatorie, prodotti difettosi ed altro;
- *SoS Turista*: punto di riferimento informativo ed elaborazione della “Carta del Turista”
- *Internet sicuro*: orientamento, informazione e monitoraggio degli affari commerciali in rete.

9C. Orientamento e informazioni sui servizi di pubblica utilità:

- lettura e spiegazioni delle bollette,
- assistenza normativa e legale sulla corretta interpretazione delle tematiche riguardanti il consumatore.
- procedure di risoluzione dei contenziosi;
- raccolta di segnalazioni, suggerimenti e proteste con trasmissione agli organi competenti;

9D. Formazione e informazione ed educazione del consumatore:

attività di educazione al consumo senza sprechi, alimentazione corretta, e valorizzazione dei prodotti locali;

consulenza legale attraverso gli esperti delle associazioni.

assistere i cittadini nel percorso di accesso alla giustizia;

promuovere campagne di informazione e controllo su ambiente, rifiuti, sicurezza, tariffe, carte dei servizi.

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

X



- Comunale (specificare il Comune)

11. Tipologia di utenza

Cittadini ed aventori del territorio distrettuale

12. Obiettivi del progetto

- Attivare uno sportello di informazioni e consulenza sulle tematiche del consumo;
- Approfondire le tematiche dell'educazione preventiva al consumo;
- Conoscere ed analizzare le caratteristiche del consumatore del nostro territorio;
- Indirizzare i cittadini verso scelte più consapevoli inerenti i consumi di beni e servizi;
- Migliorare i rapporti fra operatori economici e consumatori attraverso intese che prevedano le soluzioni dei contenziosi;
- Fornire informazioni in materia di tutela dei diritti del consumatore e la loro interpretazione.
- Fornire informazione ed orientamento nell'interpretazione dei servizi della camera di commercio nonché di Enti ed Istituzioni preposti a promuovere ed erogare servizi ed iniziative a tutela delle famiglie e dei consumatori.
- Fornire assistenza ed orientamento al fine di semplificare e rendere fruibili le procedure burocratiche e amministrative nel rapporto tra cittadino e pubbliche amministrazioni per quanto concerne l'accesso ai servizi di pubblica utilità.

13. Tempi di attuazione

Si prevede l'avvio del progetto entro il mese di gennaio 2009

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | _ | _ |

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio



21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali) **X**
- Verrà effettuata 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 lo sportello si farà promotore.
 - Si effettueranno inoltre attività di continuo **monitoraggio dei prezzi** e delle offerte commerciali, nonché dei fabbisogni e delle esigenze che si evidenzieranno attraverso le interazioni con gli utenti.
 - Sarà prevista l'elaborazione di un **meccanismo di premialità** dei servizi commerciali che offriranno opportunità di acquisto eque e in sintonia con le esigenze della cittadinanza. Per evidenziare e stimolare l'iniziativa verrà elaborata una **"Carta del buon acquisto"** dove verranno segnalati i servizi commerciali più attenti alle esigenze della cittadinanza e ai principi solidali del commercio.
- No

22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

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

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

Sinergia operativa e strategica con l'U.R.P. dell'Azienda Sanitaria RMG3 ed il Tribunale per i Diritti del Malato presso l'Ospedale di Tivoli "San Giovanni Evangelista".



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costi.Importi in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane						
Costo di funzionamento e gestione	6.000,00	33.600,00				39.600,00
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	6.000,00	33.600,00				39.600,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Il Segretariato Sociale e le Porte Sociali

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Attività a livello distrettuale

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

Unificare strumenti ed obiettivi da perseguire secondo le esigenze specifiche dell'utenza presente dal territorio del Distretto.

6. Liveas

Si

7. Macroarea

Generale, organizzativa, sociale e amministrativa

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 10.000,00 (diecimila/00)

9. Servizi/prestazioni erogati



Il servizio costituisce la rete virtuosa dei flussi informativi, sia esterni sia interni, delle istituzioni coinvolte e interessate alla sua implementazione. E' imprescindibile, difatti, sostenere la qualificazione del sistema informativo strategico come strumento per la creazione della base informativa necessaria all'attivazione dei processi d'innovazione delle modalità di programmazione, gestione e valutazione del sistema dei servizi realizzando nel territorio, al fine di renderli più accessibili, le c.d. "Porte Sociali" quali realtà organizzative in stretto rapporto con il Segretariato Sociale. Dette Porte Sociali fungeranno come luoghi di accesso alla rete dei servizi, rispondendo alle esigenze primarie dei cittadini di avere informazioni in merito ai diritti, alle prestazioni, e alle modalità di accesso.

10. Bacino di utenza

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

11. Tipologia di utenza

Amministratori, amministrativi, personale specializzato, terzo settore, società civile organizzata, cittadine e cittadini.

12. Obiettivi del progetto

- Fornire informazione, consulenza 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 facilmente accessibile ai vasti strati della popolazione del Distretto Sociosanitario di Tivoli proprio perché è dal confronto e dal dibattito che si acquisisce sicurezza e si sviluppa il senso critico. La consapevolezza che la disinformazione genera disagio spinge il cittadino ad integrarsi nei circuiti informativi.

13. Tempi di attuazione

Il progetto è già in corso di attuazione

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | 1 | 8 |

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento



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

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

Variabile, a seconda della disponibilità dei singoli municipi

15. Numero utenti nel 2006-2007 | _ | _ | _ | _ |

Variabile e, comunque, non ancora rilevato

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista | _ | _ | _ | _ |

Potenzialmente, l'intera cittadinanza del Distretto.

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi | _ | 1 | 4 |
- Assistenti sociali | _ | _ | 6 |
- Sociologi | _ | _ | _ |
- Psicologi | _ | _ | _ |
- Pedagogisti | _ | _ | _ |
- Educatori professionali | _ | _ | _ |
- Operatori socio-sanitari | _ | _ | _ |
- Volontari | _ | _ | _ |
- Mediatori culturali | _ | _ | _ |
- Altre figure (specificare _____) | _ | _ | _ |

19. Sede della struttura e/o dell'attività

Ogni singolo Comune del Distretto Sociosanitario di Tivoli

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)



- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)

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

- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente

- Sì, parzialmente

- No

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

Connessione on-line



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane						
Costo di funzionamento e gestione	9.000,00					9.000,00
Costo di struttura e di mantenimento	1.000,00					1000,00
Totale	10.000,00					10.000,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Il Servizio Sociale Itinerante

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Viene ad essere ampliata l'utenza di riferimento in quanto si garantisce il servizio Sociale anche a tutti quei Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli provvisti di Assistenti sociali in pianta organica.

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

Sostegno e accompagnamento al singolo e alla famiglia. Sostegno alle responsabilità genitoriali; relazione familiare e sociale

6. Liveas

Si

7. Macroarea

Disagio sociale

8. Costo del progetto

Il costo totale del progetto è pari ad euro 50.000,00 (cinquantamila/00).

9. Servizi/prestazioni erogati



Garantire il *livello essenziale di assistenza* con specifico riferimento al Servizio sociale professionale in quei Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli di esso sprovvisti.

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale:
Casape, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, Saracinesco, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Vicovaro.
- Comunale (specificare il Comune) _____

11. Tipologia di utenza

Minori e famiglie, anziani, disagiati sociali, disabili.

12. Obiettivi del progetto

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.

13. Tempi di attuazione

Il servizio è già in corso di svolgimento.

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | 1 | 5 |

Tipologia struttura

- Gruppo appartamento
- Casa famiglia
- Comunità alloggio
- Comunità di pronta accoglienza
- Casa di riposo
- Casa albergo
- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare: ufficio servizi sociali dei comuni ospitanti le AA.SS.)

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

Relativa agli spezi messi a disposizione dai singoli comuni ospitanti le AA.SS.

15. Numero utenti nel 2006-2007

| _ | _ | _ | _ |

Popolazione residente nei Comuni sopraccitati.



16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro (gestione diretta da parte del Distretto)

17. Utenza annuale prevista |_|_|_|_|

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi
- Assistenti sociali
- Sociologi
- Psicologi
- Altre figure (specificare _____)

19. Sede della struttura e/o dell'attività

I Comuni del Distretto sopraccitati.

20. Liste di attesa

- Si (specificare i motivi)
- _____
- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Si (specificare quali)
- Verifica del lavoro svolto dall'Assistente sociale incaricato
- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Si, totalmente
- Si, parzialmente
- No

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

Gruppi di lavoro e di confronto tra le AASS del servizio e i corrispondenti AUSL



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale e nazionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	Euro 50.000,00					Euro 50.000,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	Euro 50.000,00					Euro 50.000,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

L'Assistenza domiciliare ai diversamente abili

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

La copertura territoriale e demografica riguarda l'intero Distretto Sociosanitario di Tivoli.

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

L'Assistenza domiciliare ai diversamente abili viene fornita previa presentazione di specifica istanza da compilare sul modello unico appositamente predisposto che potrà essere inoltrata indistintamente al P.U.A. (Punto Unico di Accesso) situato presso l'Ufficio di Piano. 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 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'Unità di Valutazione Multidimensionale 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 Assistenza domiciliare consiste, in generale, in prestazioni:

per l'igiene personale;
per la deambulazione;
di accompagnamento, promozione e mantenimento dei legami sociali e familiari;
di supporto alla gestione domestica;
relative alle dimissioni protette dagli ospedali;
si sostegno e consulenza agli operatori.



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 tutte le persone diversamente abili con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative di stretta competenza della AUSL RMG3.

6. Liveas

Si

7. Macroarea

Assistenza domiciliare ad ampio raggio per persone diversamente abili

8. Costo del progetto

Euro 403.638,00 (quattrocentotremilaseicentotrentotto/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

Le prestazioni che erogherà sono di carattere sociosanitarie e precisamente: sostegno alla genitorialità; incremento della vita di relazione per evitare il rischio di emarginazione; assistenza e cura della persona; aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali volte a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane; igiene personale; preparazione e somministrazione di pasti; prestazioni mediche, psico-sociologiche; infermieristiche e riabilitative fisiche e sociali.

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

- Comunale (specificare il Comune)

11. Tipologia di utenza



Le prestazioni, erogate a titolo gratuito, si rivolgono ai cittadini diversamente abili sia adulti sia minori, con difficoltà fisiche e/o psichiche – parzialmente o totalmente non autosufficienti - residenti nei Comuni costituenti il Distretto Sociosanitario di Tivoli.

12. Obiettivi del progetto

Costruire rapporti significativi con le persone diversamente abili e favorirne i processi di socializzazione soprattutto all'esterno dell'ambiente familiare;
sostenere le responsabilità genitoriali;
soddisfare le esigenze individuali per favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane.

13. Tempi di attuazione

Il servizio è in corso di svolgimento.

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | _ | _ |

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 | _ | _ | _ | _ |

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista | _ | 4 | 2 | 5 |



18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi	_ _ _
- Assistenti sociali	_ _ 2
- Sociologi	_ _ _
- Psicologi	_ _ _
- Pedagogisti	_ _ _
- Operatori socio-sanitari	_ _ _
- Educatori professionali	_ _ _
- Assistenti domiciliari	_ 2 5
- Volontari	_ _ _
- Mediatori culturali	_ _ _
- Altre figure: <i>fisiatri</i>	_ _ 1
- Altre figure: <i>logopedisti</i>	_ _ 2
- Altre figure: <i>fisioterapisti</i>	_ _ 2
- Altre figure: <i>valutatore (nucleo di valutazione)</i>	_ _ 3

19. Sede della struttura e/o dell'attività

L'attività continuerà a svolgersi sull'intero territorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli, mentre il riferimento amministrativo sarà sempre il Comune di Tivoli in qualità di ente capofila.

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
Rilevazione periodica del gradimento del servizio da parte dell'utenza (mantenimento/incremento dell'utenza)
- No

22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Integrazione della compagine tecnico-professionale del servizio con risorse umane sanitarie altamente qualificate (logopedisti, fisiatri, fisioterapisti)



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	403.998,00			116.263,00		519.901,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	403.998,00			116.263,00		519.901,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Servizio di accompagnamento per le gite a favore dei minori diversamente abili frequentanti le scuole dell'obbligo

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il servizio è volto a garantire assistenza nei giorni in cui si svolgono le gite e/ o escursioni per sopperire alla carenza di assistenti di base nei giorni in cui le attività si svolgono al di fuori della struttura scolastica.

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

Il servizio ha la finalità di garantire agli alunni diversamente abili la possibilità di partecipare alle gite organizzate dalla scuola con la garanzia di un accompagnatore che lo supporti per le sue necessità di base.

Il servizio risponde ad un'esigenza specifica espressa dalle scuole per le attività da svolgersi al di fuori dell'Istituto scolastico.

Il progetto, in modo più specifico, prevede di affiancare a ciascun minore con effettiva necessità un volontario individuato tra le associazioni che hanno aderito alla Consulta Sociosanitaria del Distretto Sociosanitario di Tivoli.

6. Liveas

Si

7. Macroarea

Diversamente abili



8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

€ 5.000,00 (cinquemila/00).

9. Servizi/prestazioni erogati

Accompagnamento in occasione di gite e/o escursioni per i minori diversamente abili iscritti nelle scuole dell'obbligo

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

- Comunale (specificare il Comune)

11. Tipologia di utenza

Diversamente abili iscritti nelle scuole dell'obbligo del distretto socio sanitario G/3

12. Obiettivi del progetto

Agevolare ed incentivare i diversamente abili a partecipare ad occasioni di crescita personale e culturale come i viaggi ed i soggiorni di studio.

13. Tempi di attuazione

anno scolastico 2008/09 – 2009/2010 – 2010/2011

14. Tipologia di strutture

Numero strutture | _ | _ | _ |

Tipologia struttura

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



- Strutture semiresidenziali (specificare _____)
- Altro (specificare ____Assistenza di base____)

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

15. Numero utenti |_|1|2|6|

Minori che nell'anno scolastico 2007/08 hanno presentato la richiesta di AEC o AEL

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista |_|1|2|6|

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi
- Assistenti sociali
- Sociologi
- Psicologi
- Pedagogisti
- Educatori professionali
- Operatori socio-sanitari
- Volontari
- Mediatori culturali
- Altre figure (specificare ____Volontari e scuole____)

19. Sede della struttura e/o dell'attività

I luoghi di destinazione dei viaggi e/o soggiorni/visite di studio

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No



21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)

Valutazione del progetto rispetto alle richieste presentate dalle scuole questionario di soddisfazione del servizio che a fine anno verrà compilato dalle scuole che ne hanno usufruito.

- No

22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Confronto sull'andamento delle attività in seno al Comitato Tecnico Scientifico Distrettuale dove è presente l'A.S. della USL RMG3



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane						
Costo di funzionamento e gestione	Euro 5.000,00					Euro 5.000,00
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	Euro 5.000,00					Euro 5.000,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

L'Assistenza domiciliare integrata agli anziani

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il progetto garantisce la prosecuzione ed il mantenimento dei servizi in corso di svolgimento.

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

Il servizio, in quanto “integrato”, offrirà prestazioni di natura sia sanitaria sia riabilitativo-sociale. Trattasi di un'integrazione che punta ad ottimizzare le prestazioni stesse in termini di qualità, evitando inutili sovrapposizioni d'interventi. Attualmente le figure professionali impiegate nell'Assistenza domiciliare integrata agli anziani sono: assistenti sociali, infermieri, medici, terapisti della riabilitazione, assistenti domiciliari, appartenenti ai contingenti di ruolo degli enti locali e del servizio sanitario (AUSL) nonché operatori di ruolo. Oltre al mantenimento di questo organico, gli interventi saranno assicurati anche da cooperative di servizi le cui prestazioni siano state definite in rapporto di convenzione, nonché in forma indiretta. La domanda, da compilare sul modello unico appositamente predisposto potrà essere inoltrata al P.U.A. (Punto Unico d'Accesso) situato presso l'Ufficio di Piano.

6. Liveas

Si

7. Macroarea

Popolazione anziana

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)



Euro 248.025,00 (duecentoquarantottomiliventicinque/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

- Rafforzare tutte le attività di carattere interattivo che possano assicurare alle persone anziane la propria autonomia nel proprio ambiente domestico, esterno e socio-relazionale;
- fornire prestazioni che consentano il miglioramento delle condizioni igienico/abitative e sanitarie, ossia interventi a carattere preventivo e riabilitativo con particolare riguardo a quelle patologie che con maggiore frequenza riguardano la popolazione anziana;
- finalizzare l'assistenza domiciliare al superamento degli stati di difficoltà dell'anziano che possono determinare il sopravvenire di situazioni di non autosufficienza e/o di istituzionalizzazione.

10. Bacino di utenza

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

11. Tipologia di utenza

Anziani in condizioni di non autosufficienza per i quali è stata stanziata una quota superiore al 20% del budget complessivo previsto nella deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 610/2004.

12. Obiettivi del progetto

- Limitare la dipendenza, l'emarginazione e il disagio psicofisico e sociale degli anziani non autosufficienti;
- ridurre l'incidenza di ricoveri impropri nell'ospedale – ed ogni altra forma di istituzionalizzazione – attraverso l'attivazione ed il potenziamento dei servizi alternativi;
- salvaguardare i rapporti familiari dell'anziano, e le più ampie relazioni, garantendo altresì l'integrità del suo status e dei suoi ruoli nel contesto sociale;
- salvaguardare l'autosufficienza dell'anziano dai processi invalidanti fisici e psicologici.

13. Tempi di attuazione

Il servizio è già in atto

14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_|



Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 | _ | _ | _ | _ |

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista | _ | _ | _ | _ |

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta.

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi | _ | _ | _ |
- Assistenti sociali | _ | _ | _ |
- Sociologi | _ | _ | _ |
- Psicologi | _ | _ | _ |
- Pedagogisti | _ | _ | _ |
- Educatori professionali | _ | _ | _ |
- Operatori socio-sanitari | _ | _ | _ |
- Volontari | _ | _ | _ |
- Mediatori culturali | _ | _ | _ |
- Altre figure: *assistente domiciliare* | _ | 2 | 0 |
- Altre figure: *logopedista* | _ | _ | 1 |
- Altre figure: *fisioterapista* | _ | _ | 2 |
- Altre figure: *valutatore (nucleo di valutazione)* | _ | _ | 3 |



19. Sede della struttura e/o dell'attività

Distretto Sociosanitario di Tivoli

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)

Livello di gradimento del servizio (mantenimento/incremento dell'utenza) per mezzo di strumenti di rilevazione adeguati (questionari, interviste, ecc.)

- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Integrazione della compagine tecnico-professionale del servizio con risorse umane sanitarie altamente qualificate (logopedisti, fisiatri, fisioterapisti)



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	248.025,00			46.275,50		294.300,50
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	248.025,00			46.275,50		294.300,50

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

I Tirocini risocializzanti

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il servizio è già previsto nei Piani di Zona 2002 e 2003 ma viene ulteriormente ampliato con le attività di sostegno all'inserimento lavorativo

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

Il presente progetto, pertanto, prevede la prosecuzione ed il potenziamento di un servizio inserito nella rete di risorse del territorio e che si pone come momento di promozione, autonomia e inserimento degli utenti nella comunità locale attraverso, principalmente:

- a) la risocializzazione con gruppi di lavoro integrato;
- b) la partecipazione a processi formativi, di orientamento e sociali in adeguati contesti lavorativi.

L'attività di tutoraggio - che con il Piano di Zona dell'anno 2003 veniva affidata a 10 tutor, per 10 ore mensili, ad un costo orario di € 20,00 - verrà svolta, per il 2004, dall'Ufficio di Piano in modo tale da utilizzare i fondi di cui sopra per un aumento del numero di ore ad ogni singolo utente. I Comuni appartenenti al Distretto Sociosanitario di Tivoli, inoltre, avvalendosi del predetto Ufficio di Piano, contatteranno le imprese ordinarie o cooperative presenti sul territorio - ovvero le diverse associazioni di categorie locali - con l'intenzione di favorire agli utenti un futuro inserimento lavorativo. In alternativa, essi promuoveranno iniziative volte alla costituzione di una cooperativa.

6. Liveas

No



7. Macroarea

Disagio socioeconomico

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 115.118,00 (centoquindicimilacentodiciotto/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

Tirocini risocializzanti

10. Bacino di utenza

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale (specificare i Comuni) | |
| _____ | |
| _____ | |
| - Comunale (specificare il Comune) | <input type="checkbox"/> |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | <input type="checkbox"/> |

11. Tipologia di utenza

Disagiati sociali

12. Obiettivi del progetto

- Favorire l'incontro tra le componenti dell'offerta e quelle della domanda di lavoro quando vi siano condizioni di svantaggio attraverso un ruolo di mediazione istituzionale e sociale;
- valorizzare il ruolo del volontariato e dell'associazionismo;
- agevolare il collocamento mirato dei tirocinanti finalizzato allo svolgimento di mansioni lavorative idonee alle loro capacità.

13. Tempi di attuazione

Il progetto è in fase di attuazione.

14. Tipologia di strutture



Numero strutture |_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2005 |_|_|3|9|

16. Soggetto che gestisce

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

17. Utenza annuale prevista |_|_|3|9|

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|1|7|
- Assistenti sociali |_|_|_|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi |_|_|_|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure (specificare _____) |_|_|_|

19. Sede della struttura e/o dell'attività

Presso ogni sede comunale e/o la sede del Distretto (Ufficio di Piano)

20. Liste di attesa



- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)

- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Presenza dei tirocinanti possibile presso le strutture della AUSL RMG3



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	113.598,00					113.598,00
Costo di funzionamento e gestione	1.520,00					1.528,00
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	115.118,00					115.118,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Gli interventi ai sensi della Legge n.285/1997

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il progetto prevede, oltre alla prosecuzione di servizi già attivati per i sei Comuni aderenti al progetto 285/1997, a tutti i Comuni del Distretto, il potenziamento dei servizi preesistenti e l'attuazione di nuovi a favore di aree di utenza (donne in stato di gravidanza e puerperio, famiglie in condizioni di disagio economico e/o emarginazione sociale anche temporanei).

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

Si cercherà di perseguire unitarietà e complementarità 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. Le famiglie dovranno essere stimolate a partecipare alla vita sociale e culturale del Distretto anche attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione della coppia genitoriale nei processi di crescita dei bambini e degli adolescenti. La valorizzazione delle relazioni e dello sviluppo sociale dei minori sarà funzionale a garantire l'integrazione e l'appartenenza alla società civile in termini anche di acquisizione di un'identità forte, di responsabilità e consapevolezza. Le azioni riguarderanno specificatamente l'assistenza domiciliare educativa; i servizi ricreativi ed educativi di prevenzione del disagio, itineranti presso le scuole del Distretto Sociosanitario di Tivoli.

6. Liveas

Si



7. Macroarea

Minori e famiglia, disagio socioeconomico, esclusione sociale

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 147.071,00 (centoquarantasettesettantuno/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

- Proseguire l'erogazione dei servizi già attivati per i Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli già aderenti a precedenti attività progettuali realizzate in forza della legge n.285/1997;
- coinvolgere nelle attività progettuali le donne in stato di gravidanza e/o puerperio e le famiglie in condizioni di disagio economico e/o emarginazione sociale anche temporanee.

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

- Comunale (specificare il Comune)

11. Tipologia di utenza

Minori e famiglie, disagio socioeconomico, esclusione sociale

12. Obiettivi del progetto

- 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.

13. Tempi di attuazione

I progetti sono già in corso di svolgimento.

14. Tipologia di strutture



Numero strutture |_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 |_|_|_|_|

E' in corso di perfezionamento un sistema di rilevazione dell'utenza diretta

16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro: AUSL RMG3

17. Utenza annuale prevista |_|_|_|_|

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta.

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|_|
- Assistenti sociali |_|_|2|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi (AUSL RMG3) |_|_|1|
- Psicologi (a convenzione) |_|_|2|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|2|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure: *assistente domiciliare* |_|1|5|
- Altre figure: *animatore socio-culturale* |_|_|6|
- Altre figure: *maestro d'arte* |_|_|3|
- Altre figure: *membro Comitato Tecnico Scientifico* |_|_|5|



19. Sede della struttura e/o dell'attività

Comune capofila (consultori) – altri Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
Rilavazione del livello di gradimento del servizio, mantenimento/incremento dell'utenza
- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Integrazione della compagine tecnico-professionale del servizio con risorse umane sanitarie altamente qualificate.



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	147.071,00			59.260,00		206.331,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale	147.071,00			59.260,00		206.331,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

L'intervento psico-terapeutico per i minori a rischio seguiti nel progetto L. 285/97

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il progetto pur essendo nuovo ha come obiettivo il potenziamento sul territorio del Distretto di una risposta reale alle difficoltà dei minori e delle loro famiglie. L'intervento permette il raggiungimento di obiettivi di prevenzione di situazioni a rischio ma anche di riparazione di disagio conclamato. La presa in carico del minori prevede il coinvolgimento attivo del nucleo familiare con particolare attenzione per le figure genitoriali. Diventa così di primaria importanza la costruzione di un progetto in grado di restituire, laddove possibile, le competenze educative alla famiglia naturale contesto di crescita per ogni minore.

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

Il progetto avvia un percorso di sostegno alla genitorialità in presenza di disagio personale e sociale pesante (come abuso di sostanze, disturbi di personalità, violenze subite, gravi difficoltà economiche, emarginazione sociale, ecc.), che comprenda un percorso precoce di prevenzione per i loro figli minori, dove l'obiettivo non consiste nel rimpiazzare le figure genitoriali problematiche o assenti, ma nel ricostruire all'interno di percorsi terapeutici ed educativi le funzioni essenziali della crescita psicologica dei genitori e di commisurarle alle reali esigenze dei figli in età evolutiva. Lo scopo è quello di riconoscere e ricostruire le classiche funzioni genitoriali: lo spazio che garantisce l'accudimento e l'accoglienza incondizionata, la comunicazione affettiva e la capacità di rispondere al bisogno, la sicurezza di base e l'elaborazione dei sentimenti e delle emozioni.

6. Liveas

No



7. Macroarea

Minori e famiglia, disagio socioeconomico, esclusione sociale

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Il progetto non sarà finanziato con le provvidenze regionali. I Comuni afferenti al Distretto Sociosanitario di Tivoli finanzieranno l'intero progetto per un importo pari a € 22.000,00 (ventiduemila) ad annualità.

9. Servizi/prestazioni erogati

Conselnze ed interventi psicoterapeutici e neuropsichiatrici pere minori e rispettivi sistemi famigliari che vivono situazioni di rischio, con particolare riguardo ai minori interessati da decreti della Magistratura minorile.

10. Bacino di utenza

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - Distrettuale | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Sub-distrettuale(specificare i Comuni) | |
| _____ | |
| _____ | |
| - Comunale (specificare il Comune) | <input type="checkbox"/> |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | <input type="checkbox"/> |

11. Tipologia di utenza

Minori e famiglie, disagio socioeconomico, esclusione sociale

12. Obiettivi del progetto

- valorizzare e potenziare le dinamiche relazionali del minore all'interno della famiglia;
- sostenere la famiglia in difficoltà educativa, mettendola in condizioni di recuperare il suo ruoo genitoriale e di operare in autonomia;
- promuovere le capacità progettuali del minore e della famiglia;
- creare canali di collaborazione e comunicazione tra i diversi soggetti e agenzie che operano sul territorio per migliorare e completare il servizio.



13. Tempi di attuazione

Si prevede l'attivazione del progetto entro maggio 2007.

14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2005 |_|_|_|_|

16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro: AUSL RMG3

17. Utenza annuale prevista |_|_|_|_|

E' previsto un sistema di rilevazione dell'utenza diretta.

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|_|
- Assistenti sociali |_|_|_|
- Sociologi |_|_|_|
- Psicologi (AUSL RMG3) |_|_|1|
- Psicologi (a convenzione) |_|_|1|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|



- Altre figure: *neuropsichiatra* | _ | _ | 1 |
- Altre figure: *animatore socio-culturale* | _ | _ | _ |
- Altre figure: *membro Comitato Tecnico Scientifico* | _ | _ | 8 |

19. Sede della struttura e/o dell'attività

Comune capofila o sede AUSL RMG3

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
Rilavazione del livello di gradimento del servizio, mantenimento/incremento dell'utenza
- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Integrazione della compagine tecnico-professionale del servizio con risorse umane sanitarie altamente qualificate.



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane	0		22.000,00			22.000,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale			22.000,00			22.000,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



1. Titolo del progetto

Gli interventi a sostegno dei disabili gravi: la legge n.162/1998

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Valgono qui le stesse considerazioni espresse relativamente al fabbisogno di assistenza domiciliare ai diversamente abili con la maggiore attenzione, però, che meritano coloro tra questi che vivono situazioni peggiori in termini di disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale. I disabili gravi, difatti, possono essere sostenuti solo attraverso servizi altamente specifici e personalizzati che tengano conto di esigenze difficilmente riconducibili o inquadrabili in categorie generali di bisogno e, pertanto, estensibili e/o riferibili a porzioni ampie della popolazione o a particolari target.

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

La legge nazionale n.328/2000 e la legge regionale di riordino dei servizi ed interventi socio-assistenziali n.38/1996 hanno individuato nel Distretto Sociosanitario l'ambito territoriale ottimale per l'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sulla base del quadro normativo di riferimento, il Piano di Zona costituisce lo strumento per la pianificazione strategica locale degli interventi e dei servizi sociali e l'integrazione tra gli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari. 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 2004, 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.

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:

- 1) la gravità;



2) la situazione sociale, con particolare riferimento all'assenza di conviventi o alla distanza dalle strutture erogatrici i servizi sociali;

3) 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.).

6. Liveas

No

7. Macroarea

Disagio sociale disabili

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 79.187,00 (settantanovecentootantasette/00)

9. Servizi/prestazioni erogati

- Definire piani personalizzati d'intervento per la programmazione del sostegno in forma diretta e indiretta;
- attuare programmi di aiuto e sostegno al disabile grave e alla famiglia attraverso l'assistenza domiciliare.

10. Bacino di utenza

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

- Comunale (specificare il Comune) _____

11. 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.

12. Obiettivi del progetto

- 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.



13. Tempi di attuazione

Un anno

14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 |_|_|2|0|

16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro: *Ufficio per la Struttura di Piano (Distretto di Tivoli), Nucleo di Valutazione*

17. Utenza annuale prevista |_|_|2|0|

18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi |_|_|2|
- Assistenti sociali |_|_|1|
- Sociologi |_|_|1|
- Psicologi |_|_|_|
- Pedagogisti |_|_|_|
- Educatori professionali |_|_|_|
- Operatori socio-sanitari |_|_|_|
- Volontari |_|_|_|
- Mediatori culturali |_|_|_|
- Altre figure: *membro Nucleo di Valutazione* |_|_|3|



19. Sede della struttura e/o dell'attività

Comune capofila

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)
Per indisponibilità di risorse finanziarie
- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
Rilevazione della domanda e diffusione di informazione sul territorio tramite il coinvolgimento dei soggetti di Terzo Settore (es.: Consulta del Volontariato)
- No

22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Presenza di personale AUSL nel Nucleo di Valutazione



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costiImporti in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane						
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Trasferimenti	79.187,00					79.187,00
Totale	79.187,00					79.187,00



1. Titolo del progetto

Il Centro Diurno per Diversamente Abili

2. Nuovo progetto

- Sì
- No

3. Progetto già avviato

- Sì
- No

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

Il progetto prevede il potenziamento del Centro Diurno per Diversamente Abili, istituito con deliberazione della Giunta del Comune di Tivoli n.1472/95, sia sotto il profilo gestionale-operativo sia in termini di ampliamento del bacino di utenza questo da intendersi esteso all'intero territorio distrettuale.

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

Il progetto tiene conto delle esperienze maturate, nel corso degli anni, con specifico riferimento all'ambito riabilitativo sociologico e psichico, tenendo sempre presenti i bisogni dei nuovi utenti, delle conoscenze maturate nel territorio, delle risorse umane disponibili, delle strumentazioni, delle risorse finanziarie messe a disposizione. L'intero impianto progettuale può già contare sul suo inserimento in un sistema di rete territoriale che costituisce il serbatoio ideale di occasioni di integrazione delle persone diversamente abili all'esterno evitando, pertanto, che il Centro Diurno per Diversamente Abili rimanga isolata e autoreferenziale, confermando costantemente il suo ruolo di acceleratore di dinamiche sociali. Le attività interne ed esterne al Centro Diurno per Diversamente Abili sono: ludico-ricreative interne ed esterne (gite, feste, ecc.); sportive, culturali, laboratori finalizzati al raggiungimento di un'autonomia nella cura del proprio sé attraverso una migliore conoscenza del proprio corpo (con particolare attenzione all'igiene personale e ad una migliore e sana conoscenza del cibo per una corretta alimentazione), di orientamento ed integrazione in attività esterne al Centro stesso; di segnalazione e avviamento al lavoro; di assistenza scolastica e di counselling.

6. Liveas

No



7. Macroarea

Disagio sociale diversamente abili

8. Costo del progetto (finanziamento regionale)

Euro 26.000,00 (ventiseimila/00)

Ogni comune sostiene economicamente la quota per l'inserimento dei propri utenti e provvede al trasporto. E' prevista una quota complessiva di € 6.000,00 dai comuni del Distretto, un contributo della Provincia di Roma di € 20.000,00 e la collaborazione con l'Associazione di Volontariato CIS.

9. Servizi/prestazioni erogati

Accompagno al Centro; apertura del Centro; Accoglienza e svolgimento delle attività riabilitativo sociali e relazionali (laboratori, attività motoria, attività culturali, ecc.); consulenza psicologica; consulenza sociologica ed amministrativa; fisioterapia individuale e di gruppo; logopedia; accompagnamento a casa. L'ingresso al Centro Diurno è subordinato alla relazione del neuropsichiatra e/o dello psicologo della AUSL RMG3.

10. Bacino di utenza

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

- Comunale (specificare il Comune)

11. Tipologia di utenza: Diversamente abili

12. Obiettivi del progetto

- il superamento di una stereotipata immagine della persona disabile;
- la promozione di una concezione di salute globale dove gli aspetti sociologici e psicologici abbiano il giusto valore anche promuovendo la solidarietà ed il sostegno alle famiglie degli utenti e l'utilizzo appropriato dei presidi sanitari;
- la ricerca di risorse territoriali atte a soddisfare le necessità dell'utenza;



- l'aiuto reciproco tra i soggetti che frequentano il Centro Diurno come preconditione sociologica sperimentale per aprirsi all'esterno;
- lo sviluppo della consapevolezza degli utenti di essere socialmente utili, attraverso la produzione di manufatti;
- la riagggregazione della persona diversamente abile con la comunità locale anche attraverso seminari "aperti", mostre sulle attività svolte, partecipazioni ad iniziative pubbliche cittadine.

13. Tempi di attuazione

Il Centro Diurno è già da anni operativo.

14. Tipologia di strutture

Numero strutture |_|_|_|

Tipologia struttura

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

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

15. Numero utenti nel 2006-2007 |_|_|_|_|

E' in corso di perfezionamento un sistema di rilevazione dell'utenza diretta

16. Soggetto che gestisce

- Comune
- Convenzione con cooperative
- Convenzione con Associazioni di volontariato
- Altro: AUSL RMG3

17. Utenza annuale prevista |_|_|_|_|

E' in corso di implementazione un sistema di rilevazione dell'utenza diretta.



18. Personale coinvolto nel progetto

- Amministrativi	_ _ _
- Assistenti sociali	_ _ 1
- Sociologi	_ _ _
- Psicologi (AUSL RMG3)	_ _ 1
- Psicologi (a convenzione)	_ _ 1
- Pedagogisti	_ _ 1
- Educatori professionali	_ _ 2
- Operatori socio-sanitari	_ _ 1
- Volontari	_ _ 2
- Altre figure: <i>autista-sistente domiciliare</i>	_ _ 2
- Altre figure: <i>volontario psicologo</i>	_ _ 2
- Altre figure: <i>Logopedista</i>	_ _ 1
- Altre figure: <i>Fisioterapista</i>	_ _ 1
- Altre figure: <i>Tecnico falegname</i>	_ _ 1
- Altre figure: <i>Tecnico artigiano</i>	_ _ 1
- Altre figure: <i>Peer Tutor</i>	_ _ 1

19. Sede della struttura e/o dell'attività: Comune capofila

20. Liste di attesa

- Sì (specificare i motivi)

- No

21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?

- Sì (specificare quali)
 Rilavazione del livello di gradimento del servizio, mantenimento/incremento dell'utenza
- No

22. Esiste compartecipazione da parte degli utenti?

- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

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

Integrazione della compagine tecnico-professionale del servizio con risorse umane sanitarie altamente qualificate.



24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti

Importi in Euro per ciascuna annualità: **2008, 2009, 2010**

	Finanziamento regionale	Cofinanziamento				Totale finanziamento
		Provinciale	Comunale	Asl	Altro	
Costo risorse umane		20.000,00	6.000,00			26.000,00
Costo di funzionamento e gestione						
Costo di struttura e di mantenimento						
Totale		20.000,00	6.000,00			26.000,00

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.



Prospetto riepilogativo dei servizi avviati ed in corso di funzionamento (con l'ammontare delle somme spese e di quelle formalmente impegnate per tutti i progetti)

Anni 2001 – 2007. Dati aggiornati al 31 luglio 2008.*

Tab. 1 - PLANO DI ZONA 2001 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 575.878,68
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 – Lett. C	-
Totale	€ 575.878,68

Tab. 2 - PLANO DI ZONA 2001 – PROGETTI.

Progetti	Stanziamento	Impegnato	Liquidato
Assistenza Domiciliare Anziani	€ 174.285,00	€ 174.285,00	€ 174.285,00
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 310.421,84	€ 310.421,84	€ 310.421,84
Centro d'Ascolto	€ 58.010,00	€ 58.010,00	€ 58.010,00
Segretariato Sociale	€ 33.161,84	€ 33.161,84	€ 11.761,13
Totale	€ 575,878,68	€ 575,878,68	

Tab. 3 - PLANO DI ZONA 2002 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000.	€ 557.996,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C.	€ 376.420,00
Totale	€ 934.416,00

* Prospetto redatto in applicazione della nota della Regione Lazio del 28 marzo 2006, prot. N.38501 – Area D4/4K/05 “Gestione Finanziaria Attività Contabile e Contratti” registrata con protocollo del Comune di Tivoli n.19545 del 12 aprile 2006.

Tab. 4 - PIANO DI ZONA 2002 – PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Analisi dei Bisogni	€ 13.000,00	€ 13.000,00	€ 13.000,00
Assistenza Domiciliare Anziani	€ 240.350,00	€ 240.350,00	€ 240.350,00
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 403.765,00	€ 403.765,00	€ 403.765,00
Centro d'Ascolto	€ 58.010,00	€ 58.010,00	€ 58.010,00
Segretariato Sociale	€ 21.000,00	€ 21.000,00	-
Servizio Sociale Itinerante	€ 21.600,00	€ 21.600,00	€ 21.600,00
Tirocini Risocializzanti	€ 114.551,00	€ 114.551,00	€ 114.551,00
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 62.140,00	€ 62.140,00	€ 62.140,00
Totale	€ 934.416,00	€ 934.416,00	

Tab. 5 – PIANO DI ZONA 2003 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 510.174,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C	€ 337.612,91
Legge 285/97 – Interventi a favore della Famiglia e dei Minori	€ 114.072,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 65.463,00
Contributo al Budget della Provincia di Roma	€ 49.998,00
Contributi dei Comuni del Distretto Rmg3	€ 113.468,00
Totale	€ 1.239.773,18

Tab. 6 – PLANO DI ZONA 2003 – PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Analisi dei Bisogni – Osservatorio (*)	€ 40.000,00	€ 40.000,00	€ 24.742,50
Assistenza Domiciliare Anziani (**)	€ 240.350,00	€ 240.350,00	€ 240.350,00
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 403.765,00	€ 403.765,00	€ 403.765,00
Informa Famiglia	€ 48.985,27	€ 48.985,27	€ 40.591,08
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 65.463,00	€ 65.463,00	€ 65.463,00
Legge 285/97 – Interventi in favore della Famiglia e dei Minori	€ 154.072,00	€ 154.072,00	€ 154.072,00
Segretariato Sociale	€ 6.500,00	€ 6.500,00	-
Servizio Sociale Itinerante	€ 40.086,00	€ 40.086,00	€ 40.086,00
Tirocini Risocializzanti	€ 154.551,00	€ 154.551,00	€ 154.551,00
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 84.000,91	€ 84.000,91	€ 84.000,91
Totale	€ 1.239.773,18	€ 1.239.773,18	

(**) Il servizio viene gestito e liquidato unitamente all'Assistenza Domiciliare Diversamente Abili.

Tab. 7 – PLANO DI ZONA 2004 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 526.208,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C	€ 346.749,00
Legge 285/97 – Interventi a favore della Famiglia e dei Minori	€ 130.226,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.165,00
Contributi dei Comuni del Distretto Rmg3	€ 52.529,00
Totale	€ 1.127.877,00

Tab. 8 – PLANO DI ZONA 2004 – PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Analisi dei Bisogni - Osservatorio	€ 45.000,00	€ 45.000,00	-
Assistenza Domiciliare Anziani(**)	€ 240.350,00	€ 240.350,00	€ 240.350,00
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 403.765,00	€ 403.765,00	€ 403.765,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.165,00	€ 75.165,00	€ 63.911,76
Legge 285/97 – Interventi in favore della Famiglia e dei Minori	€ 130.226,00	€ 130.226,00	€ 83.258,70
Segretariato Sociale	€ 26.000,00	€ 26.000,00	€ 26.000,00
Servizio Sociale Itinerante	€ 26.000,00	€ 26.000,00	€ 26.000,00
Tirocini Risocializzanti	€ 114.551,00	€ 114.551,00	€ 114.551,00
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 66.820,00	€ 66.820,00	€ 66.820,00
Totale	€ 1.127.877,00	€ 1.127.877,00	

(**) Il servizio viene gestito e liquidato unitamente all'Assistenza Domiciliare Diversamente Abili.

Tab. 9 – PLANO DI ZONA 2005 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 548.786,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C	€ 337.459,00
Legge 285/97 – Interventi a favore della Famiglia e dei Minori	€ 131.950,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 77.744,00
Contributi dei Comuni del Distretto Rmg3	€ 25.000,00
Fondo per la non Autosufficienza	€ 134.823,00
Contributo Provincia di Roma	€ 20.000,00
Totale	€ 1.275.762,00

Tab. 10 – PLANO DI ZONA 2005 –PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Analisi dei Bisogni - Osservatorio	€ 10.000,00	€ 10.000,00	-
Anziani Fragili “Emergenza Caldo”	€ 134.823,00	€ 134.823,00	€ 109.667,97
Assistenza Domiciliare Anziani (**)	€ 240.350,00	€ 240.350,00	€ 240.350,00
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 403.638,00	€ 403.638,00	€ 117.626,86
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 77.774,00	€ 77.774,00	€ 20.196,00
Legge 285/95 – Interventi in favore della Famiglia e dei Minori	€ 131.950,00	€ 131.950,00	-
Segretariato Sociale	€ 1.000,00	€ 1.000,00	-
Servizio di Accompagnamento per le Gite Scolastiche per Alunni Disabili	€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ 2.400,00
Servizio Sociale Itinerante	€ 65.000,00	€ 65.000,00	€ 65.000,00
Tirocini Risocializzanti	€ 114.551,00	€ 114.551,00	€ 114.551,00
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 71.706,00	€ 71.706,00	€ 71.706,00
Totale	€ 1.275.762,00	€ 1.275.762,00	

(**) Il servizio viene gestito e liquidato unitamente all'Assistenza Domiciliare Diversamente Abili.

Tab. 11 – PLANO DI ZONA 2006 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 561.036,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C	€ 330.776,00
Legge 285/97 – Interventi a favore della Famiglia e dei Minori	€ 136.467,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.416,00
Contributi dei Comuni del Distretto Rmg3	€ 45.000,00
Fondo per la non Autosufficienza	€ 137.587,00
Contributo Provincia di Roma	-
Totale	€ 1.286.282,00

Tab. 12 – PLANO DI ZONA 2006 –PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Anziani Fragili “Emergenza Caldo”	€ 137.587,00	€ 137.587,00	-
Assistenza Domiciliare Anziani	€ 403.638,00	€ 403.638,00	-
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 240.350,00	€ 240.350,00	-
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.416,00	€ 75.416,00	-
Legge 285/95 – Interventi in favore della Famiglia e dei Minori	€ 158.467,00	€ 158.467,00	-
Segretariato Sociale	€ 1.000,00	€ 1.000,00	-
Servizio di Accompagnamento per le Gite Scolastiche per Alunni Disabili	€ 5.000,00	€ 5.000,00	-
Servizio Sociale Itinerante	€ 73.000,00	€ 73.000,00	€ 2.597,41
Tirocini Risocializzanti	€ 115.118,00	€ 115.118,00	-
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 76.706,00	€ 76.706,00	-
Totale	€ 1.286.282,00	€ 1.286.282,00	

Tab. 13 – PLANO DI ZONA 2007 – FINANZIAMENTI.

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali art. 20 Legge 328/2000	€ 561.036,00
Fondo assegnato ai Comuni Capofila per la gestione di interventi di cui alla L.R. 38/96 - Lett. C	€ 343.423,00
Legge 285/97 – Interventi a favore della Famiglia e dei Minori	€ 136.467,00
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.416,00
Contributi dei Comuni del Distretto Rmg3	€ 45.000,00
Fondo per la non Autosufficienza	€ 221.484,00
Contributo Provincia di Roma	-
Totale	€ 1.382.826,00

Tab. 14 – PLANO DI ZONA 2007 –PROGETTI.

Progetti	Stanziamiento	Impegnato	Liquidato
Anziani Fragili “Emergenza Caldo”	€ 137.587,00	€0	-
Assistenza Domiciliare Anziani	€ 403.638,00	€0	-
Assistenza Domiciliare Diversamente Abili	€ 240.350,00	€0	-
Legge 162/98 – Disabilità Grave	€ 75.416,00	€0	-
Legge 285/95 – Interventi in favore della Famiglia e dei Minori	€ 158.467,00	€0	-
Segretariato Sociale	€ 1.000,00	€0	-
Servizio di Accompagnamento per le Gite Scolastiche per Alunni Disabili	€ 5.000,00	€0	-
Servizio Sociale Itinerante	€ 73.000,00	€0	-
Tirocini Risocializzanti	€ 115.118,00	€0	-
Ufficio per la Struttura di Piano	€ 76.706,00	€0	-
Totale	€ 1.286.282,00	€0	

I PIANI DISTRETTUALI D'INTERVENTI SPECIFICI

Fondo per la Non Autosufficienza

**PIANO DISTRETTUALE PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA**

per l'esercizio finanziario 2008

Legge regionale 23 novembre 2006, n.20 recante “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”

D.G.R. 601 del 31 luglio 2007 “Art. 4 della L.R. 20/2006.Fondo regionale per la non autosufficienza. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse”

Determinazione n. 2280 del 3 luglio 2008, recante “Riparto al Comune di Roma ed enti capofila dei distretti sociosanitari del Lazio delle risorse del Fondo regionale per la *non autosufficienza* – articolo 4 della L.r. 23 novembre 2006, n.20 e DGR 31 luglio 2007, n.601. Esercizio finanziario 2008”

Introduzione

Il presente *Piano distrettuale per la non autosufficienza* del Distretto Sociosanitario di Tivoli vuole porsi quale strumento di imprescindibile rilevanza per la designazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociosanitari – con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alla risorse da attivare – a favore di quella parte della popolazione locale definita come “non autosufficiente”. Ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della Legge regionale 23 novembre 2006, n. 20, recante “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”, è definite persone non autosufficiente “la persona anziana, il disabile, o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona ne mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinate di altri”.

Sulla base di queste precisazioni si è ritenuto opportuno redigere il presente *Piano distrettuale per la non autosufficienza* del Distretto Sociosanitario di Tivoli tenendo specificamente presenti le seguenti attività che ne costituiscono l'impianto strutturale:

attività di semiresidenzialità, prevenzione e gestione dell'emergenza caldo a tutela della popolazione anziana (già finanziato per l'esercizio finanziario 2006 ai sensi dell'art. 55 della legge regionale 13 settembre 2004, n.11, ora abrogato ai sensi dell'articolo 8 della succitata legge regionale 23 novembre 2006, n.20 – relativo Capitolo di Spesa H41550 del Bilancio della Regione Lazio);

attività di laboratorio pre-formativi per persone con problemi psichiatrici ad integrazione delle attività del centro diurno (ossia, con particolare riferimento a quell'area della disabilità individuata alla lettera b), paragrafo 1 – “Definizione delle fasce della non autosufficienza” – di cui all'Allegato A della L.r. 20/2006 “Linee guida per l'utilizzazione delle risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui alla Legge regionale 23 novembre 2006, n.20).

Va precisato che trattasi di attività di assoluta priorità nel territorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli in quanto offrono l'opportunità di soddisfare le necessità di quasi l'intero universo della fascia della popolazione locale definibile, per l'appunto, non autosufficiente. Nel particolare, va sottolineato, come si evince dalla documentazione e dai dati raccolti nelle pagine che seguono (v. Appendice 1), il successo finora ottenuto con il primo tipo di attività che ha portato alla definizione e all'attivazione di Centri di Sollievo per anziani fragili. Questa interessante sperimentazione dimostra non solo la capacità dello scrivente Distretto nell'aver saputo rilevare e codificare un disagio in bisogno, bensì l'importanza di insistere sulle potenzialità terapeutiche di una relazionalità di prossimità generazionale ed intergenerazionale complementare e non sostituibile dall'intervento di tipo meramente sanitario. Tutto ciò con ovvi vantaggi intendibili anche in termini di riduzione e/o contenimento della spesa sanitaria stessa, di alleviamento dei carichi sostenuti dai familiari della persona non autosufficiente, di estensione e potenziamento delle reti di solidarietà civica e della cooperazione tra queste e le istituzioni (enti locali compresi, ovviamente, oltre alla componente sanitaria dell'offerta dei servizi di caring e, precipuamente, sanitari regionali). Si aggiunga, poi, che le sopra elencate attività sono volte a sostenere la cura della propria persona e al mantenimento e/o miglioramento di una normale vita di relazione della persona non autosufficiente, in piena armonia con il dispositivo di cui all'articolo 2 della Legge regionale n. 20/2006.

E' prevista, infine, l'utilizzazione di strumenti di monitoraggio e di verifica dei risultati quali la somministrazione di scale di valutazione di abilità sociali e specifiche (secondo protocollo), verifiche settimanali e mensili tra operatori e referenti dei progetti, computo della frequenza degli interventi, verifica del grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari, attraverso incontri periodici e somministrazione di appositi questionari.

Progetto

Semiresidenzialità, prevenzione e gestione dell'emergenza climatica a favore della popolazione anziana

Caratteristiche generali del progetto

Trattasi di un progetto già avviato e che sta riscuotendo un notevole successo sia in termini di partecipazione e gradimento dei servizi offerti da parte dell'utenza diretta, sia in termini di sostegno e potenziamento delle abilità relazionali delle persone anziane non autosufficienti. Il bacino di utenza è distrettuale e l'utenza è costituita dagli anziani fragili residenti nel Distretto Sociosanitario di Tivoli assistiti dal CAD della AUSL RMG.

La necessità di creare un servizio ed un programma di interventi in modo stabile, non temporaneo, nell'area dei bisogni della popolazione anziana non autosufficiente, emerge con maggior forza da una più approfondita analisi quali-quantitativa del contesto territoriale distrettuale. Il territorio del Distretto Sociosanitario di Tivoli è, infatti, fortemente disomogeneo sia sul piano socio-demografico e ambientale sia su quello culturale; inoltre, in esso si registrano tassi di invecchiamento della popolazione superiori a quelli nazionali. Ecco perché si è ritenuto opportuno, anche per il nostro Distretto, insistere sulla riduzione dei costi complessivi - che gravano sul sistema sanitario regionale - grazie all'implementazione dei c.d. *servizi di prossimità* che promuovendo il benessere della popolazione in età involutiva, scongiurano i rischi dell'istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione dell'anziano fragile. L'anziano viene così sostenuto nell'ambito di rapporti sociali ed umani significativi, valorizzandone le capacità relazionali, di apprendimento cognitivo-esperienziale e rafforzandone le abilità motorie. Vale la pena di sottolineare che il presente progetto propone la prosecuzione ampliata e migliorata del progetto per il miglioramento dell'autosufficienza ed il recupero fisico della persona anziana - denominato "Estate sicura" - ed è stato sia l'"oggetto di confronto" tra una pluralità di soggettività distrettuali, sia il risultato di un *tavolo tematico* costituito presso l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Tivoli (come dicevamo, capofila dell'omonimo Distretto). Nello svolgimento dei lavori sono stati coinvolti le professionalità dell'Ufficio per la Struttura di Piano e le realtà di Terzo Settore già operanti sul territorio con forti esperienze relative alla problematica trattata: la tutela del bisogno dell'anziano fragile. Tre sono, pertanto, le possibili dimensioni o assi progettuali che saranno realizzate:

- A) consentire la sinergia delle dotazioni umane e strumentali sia a livello istituzionale sia livello domiciliare per contenere la progressiva perdita di autonomia degli anziani fragili e una precoce istituzionalizzazione;
- B) sostenere le attività di prevenzione primaria e secondaria sull'individuazione e controllo di patologie cronico-degenerative dell'anziano sempre a tutela della sua autonomia e nel miglioramento dell'autostima;

prevenire le situazioni di solitudine ed emarginazione e le conseguenze legate ad una cattiva gestione dell'emergenza caldo estivo e all'emergenza freddo, soprattutto nei Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli più piccoli e montani.

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

Tra i fattori a garanzia della fattibilità del *Semiresidenzialità, prevenzione e gestione dell'emergenza caldo a tutela della popolazione anziana del Distretto Sociosanitario di Tivoli* vengono evidenziati:

- *(per l'Asse A) la possibilità di utilizzare le strutture dei Centri Comunali Anziani.* Attive in quasi tutti i Comuni del Distretto, queste strutture possono essere messe in grado di erogare delle prestazioni di semiresidenzialità agli anziani fragili (configurandosi, pertanto, quali *Centri di Sollievo*) grazie anche alla collaborazione delle amministrazioni comunali di riferimento. La possibilità di un loro utilizzo conterrebbe notevolmente i costi fissi legati alla gestione di locali *ad hoc* e rappresenterebbe anche quella *prossimità territoriale* necessaria e il cui valore aggiunto consisterebbe, appunto, nel porsi quale "spazio che coinvolge" più anziani all'insegna dell'integrazione e della cura dell'anziano fragile in un contesto di "familiarità";
- *(per l'Asse B) la collaborazione della Direzione Generale della AUSL RMG e della Direzione del Distretto Sanitario* che ha manifestato più volte la volontà di verificare le idoneità strutturali dei Centri Comunali Anziani coinvolti, affinché si possa addivenire ad una loro omologazione ed autorizzazione sanitaria all'erogazione di prestazioni mediche ed infermieristiche. Ciò garantirebbe l'evoluzione di tali strutture in veri e propri presidi socio-sanitari.;
- *(per l'Asse C) la possibilità di replicare le buone prassi inaugurate con il servizio Estate sicura* al fine di poter efficacemente fronteggiare l'emergenza caldo estivo e l'emergenza freddo.

Servizi/prestazioni erogati

L'attuazione del progetto si basa su una metodologia che prevede l'esercizio di attività differenti e relative alle diverse assi/dimensioni progettuali, tra l'altro trasversali rispetto all'ambito dei bisogni della popolazione anziana distrettuale di terza e quarta età. Gli interventi saranno sia a carattere individuale con lo scopo di promuovere capacità ed arricchimento delle competenze del singolo anziano, sia a livello collettivo per mezzo di attività di sensibilizzazione, promozione ed integrazione sociale. L'articolazione dei servizi e delle prestazioni terrà conto delle specificità territoriali.

Programma delle attività Asse d'intervento A).

A1. Attività educative agevolanti l'autonomia personale: riguardanti, nello specifico, l'igiene personale, il controllo sfinterico, l'alimentazione;

A2. Attività educative agevolanti le abilità di carattere socio-relazionale e psico-fisiche: espressione motoria e verbale anche per mezzo del linguaggio musicale; ri-abilitazione sociale a fini interpersonali e occupazionali, rafforzamento della memoria; espressione, contestualizzazione e registrazione dei singoli vissuti e delle esperienze di vita degli anziani anche per mezzo dell'utilizzo delle tecnologie audiovisive.

A3. Attività di tutela dei diritti: riguardante la messa a disposizione di informazioni sui propri diritti, le procedure da seguire, i referenti istituzionali ed amministrativi, l'aiuto per il disbrigo di pratiche burocratiche.

Programma delle attività Asse d'intervento B).

B1. Attività di prevenzione primaria: informazione sulle tematiche sanitarie e promozione della qualità della vita, miglioramento dell'autostima e individuazione di bisogni sociali, educazione sanitaria con particolare riferimento alle patologie cardio-cerebrovascolari;

B2 Attività di prevenzione secondaria: individuazione e controllo di patologie cronico-degenerative nell'anziano - per mezzo, in particolare, dello screening pressorio ed elettrocardiografico;

B3 Attività riabilitativa fisica, per mezzo dell'intervento dei Terapisti della Riabilitazione in organico della AUSL RMG.

Programma delle attività Asse d'intervento C).

C1. Attività di sostegno e sorveglianza: aiuto e sostegno delle attività della vita quotidiana – in termine di potenziamento dell'assistenza domiciliare – agli anziani autosufficienti; affiancamento e sorveglianza per la prevenzione di situazione di grave decadimento fisico e di solitudine;

C2. Attività integrative con i MMG (Medici di Medicina Generale): attivazione di interventi mirati, durante il periodo estivo e di prevenzione dell'emergenza caldo;

C3. Attività di ascolto e comunicazione sociale: costituzione di un sistema di ascolto – specificatamente per mezzo della riattivazione di un *numero verde* – per la presa in carico in maniera tempestiva dei casi di particolare fragilità psicofisica; realizzazione di una campagna di comunicazione sociale nella sensibilizzazione della cittadinanza verso i comportamenti che le persone anziane dovrebbero tenere in caso di temperature particolarmente elevate o particolarmente basse – anche per mezzo di una brochure informativa sui servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

Obiettivi del progetto

Gli obiettivi e le priorità del progetto possono essere così distinti a seconda delle predette assi d'intervento.

Asse A. Essendo strutture diurne, i Centri Anziani individuati a livello e di interesse distrettuale collaboreranno ampiamente, qualora fosse possibile, con le famiglie degli utenti in un reciproco scambio di informazioni ed aspettative, al fine di trovare insieme strategie d'azione volte da un lato al miglioramento continuo delle capacità degli ospiti e dall'altro all'integrazione con le famiglie stesse e la comunità locale. L'obiettivo primario del servizio consiste nel garantire all'anziano un elevato livello di qualità della vita, inteso come raggiungimento della massima autonomia personale ed integrazione sociale possibile. Ciò che si intende garantire è dunque il benessere della persona, inteso come uno stare bene con se stessi e con gli altri, anche in presenza di problemi fisici, di deficit e di limitazioni. Affinché, però, il progetto riesca a concretizzarsi al meglio è necessario innanzitutto analizzare i bisogni e, pertanto, all'interno dei Centri Anziani trasformati in presidi sociosanitari a favore degli anziani fragili, gli operatori saranno chiamati a gestire e contenere le diverse situazioni del quotidiano, con l'obiettivo finale di migliorare la qualità di vita degli utenti stessi. Fondamentale è supportare e mantenere il massimo livello di autonomia e competenza (ciò sarà rilevante anche per la Dimensione B del presente progetto). All'interno della gestione troveranno spazio strategie d'intervento mirate a soddisfare sia i bisogni di tipo riabilitativo e socio-

relazionale, in modo da rendere gli utenti il più possibile autonomi, attivi, responsabili e mantenendo un clima di massima serenità e sicurezza.

Asse B. La definizione di anziano fragile viene utilizzata per indicare quei soggetti, di età avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple con stato di salute instabile, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle patologie sono spesso complicate da problematiche di tipo socioeconomico. Gli obiettivi specifici d'intervento dell'Asse B), a carattere preventivo, si possono così concretizzare nel miglioramento dell'informazione sulle tematiche sanitarie, nel garantire un adeguato livello di vita e nel garantire un supporto alle famiglie – che, soprattutto, a causa di impegni lavorativi – non riescono ad assicurare l'assistenza all'anziano. Tutti gli interventi, nell'ambito di questa dimensione, sono mirati al benessere della popolazione in età involutiva, scongiurando il pericolo di ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione.

Asse C. Le prerogative di quest'asse d'interventi saranno quelle di affiancamento e sorveglianza per la prevenzione di situazioni di grave decadimento fisico e di solitudine. Inoltre, emerge come prioritaria la sensibilizzazione verso i comportamenti più adeguati che le persone anziane dovrebbero mettere in atto in caso di temperature particolarmente elevate, ovvero in caso di temperature particolarmente fredde.

Tempi di attuazione: Un anno

Tipologia di strutture e gestione del progetto

E' prevista, per quanto riguarda i Centri di Sollievo, la continuazione del funzionamento di tre realtà organizzative armoniosamente inserite in altrettanti Centri Anziani situati in posizioni territoriali strategiche del Distretto Sociosanitario di Tivoli. La gestione operativa dei Centri resterà affidata all'ente terzo (società cooperativa). Il servizio emergenza caldo, invece, continuerà ad essere gestito per mezzo di strutture individuate dall'ente terzo (società cooperativa) al quale sarà affidato il servizio. La gestione generale del progetto è, comunque, una prerogativa esclusiva degli uffici preposti a tal fine del Comune capofila.

Personale coinvolto nel progetto

Continueranno ad essere coinvolte le seguenti figure professionali:

- Operatori socio-sanitari | _ | _ | 2 |
- Altre figure: Animatore Socioculturale | _ | _ | 4 |

- Altre figure: Terapista della Riabilitazione | _ | _ | 1 |
- Altre figure: Medico | _ | _ | 1 |
- Altre figure: Operatore sanitario | _ | _ | 1 |
- Altre figure: Assistente domiciliare | _ | _ | 2 |
- Altre figure: Runner | _ | _ | 1 |

Modalità di integrazione con la Asl RMG

E' prevista la presenza di personale sanitario che si integrerà con quello sociale non solo nell'espletamento delle proprie mansioni ma anche partecipando a riunioni di staff per le opportune verifiche sull'andamento del progetto.

Finanziamenti e costi previsti, importi in Euro

	Finanziamento regionale ripartito	Costi sostenuti da altri enti			Totale finanziamento
				Asl	
Costo risorse umane	131.103,00			68.839,00	199.942,00
Costo di funzionamento e gestione	0			0	0
Costo di struttura e di mantenimento	0			0	0
Totale	131.103,00			68.839,00	199.942,00

Progetto

Laboratori pre-formativi per persone con problemi psichiatrici ad integrazione delle attività del centro diurno

Caratteristiche generali del progetto

Il focus del progetto riguarda attività di laboratorio a carattere artigianale con finalità di risocializzazione e di preformazione al lavoro rivolta a disabili psichici ad integrazione degli interventi riabilitativi, e con specifica attenzione a far mantenere una normale vita di relazione alle persone appartenenti a questa particolare tipologia d'utenza. Sono previsti 4 laboratori tematici, ognuno articolato su distinti livelli di offerta formativa:

- a) propedeutico;
- b) avanzato.

Il bacino d'utenza è distrettuale e la tipologia d'utenza riguarda pazienti con disturbo di natura psicotica stabilizzato, frequentanti il Centro Diurno. Trattasi di utenti presentano in genere ridotti livelli esecutivi in compiti manuali, ridotte abilità sociali, scarsa fiducia nelle proprie capacità. Necessitano pertanto di acquisire e sperimentare strumenti tecnici, competenze ed autonomia per poter accedere a progetti di inserimento lavorativo.

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

Trattasi di servizi di formazione continua e di affiancamento per gli utenti del centro diurno svolti da educatori di comunità e/o maestri d'arte, volti ad incrementare le competenze relazionali, in primis, e lavorative dei pazienti, fornendo loro elementi di tecniche artigianali per la produzione, qualitativamente valida, di manufatti. Viene così auspicato l'incremento della gamma di opportunità riabilitative, di reinserimento sociale, di avviamento al lavoro.

Obiettivi del progetto

- Ricostruire al disagio psichico una identità sociale e lavorativa diminuita o persa a causa della malattia e/o di inadeguati contesti di vita;

- Fornire un plafond formativo necessario per l'accesso a livelli formativi superiori e comunque propedeutico a progetti di inserimento lavorativo.
- Aumentare l'intensità e la frequenza delle opportunità riabilitative e formative degli utenti nonché le loro capacità di negoziazione e di scambi materiali ed affettivi, - Ottenere piena integrazione, modularità e contestualità dell'azione bio psico sociale a favore dei disabili psichici del territorio.

Tempi di attuazione

Un anno

Tipologia di strutture e gestione del progetto

Cooperativa per la conduzione di laboratori preformativi allocati presso la sede del Centro Diurno di Tivoli

Personale coinvolto nel progetto

Continueranno ad essere coinvolte le seguenti figure professionali:

- Operatori socio-sanitari | _ | _ | 5 |
- Altre figure: Educatore di comunità e/o maestri d'arte | _ | _ | 4 |
- Altre figure: Responsabile di progetto | _ | _ | 1 |
- Altre figure: Volontari | _ | _ | 2 |
- Altre figure: Tirocinanti | _ | _ | 1 |

Modalità di integrazione con la Asl RMG

La ASL garantisce la necessaria integrazione specialistica ed assistenziale, la continuità degli interventi riabilitativi già svolti nel CD e in ogni caso la presenza e gli interventi del personale sanitario del Centro Diurno per quanto di competenza e per quanto attiene comunque alla realizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali. La cooperativa ha la responsabilità della realizzazione del progetto preformativo, in conformità alle indicazioni del Responsabile del Centro

Diurno relative alla mission del CD. Gli operatori della cooperativa sono tenuti al riordino dei locali e delle attrezzature utilizzate e collaborano con gli operatori ASL nella cura dei locali del CD nei quali sono ospitati. Le attrezzature acquisite per la realizzazione del progetto rimangono di proprietà del Centro Diurno. Gli operatori della cooperativa e del Centro Diurno partecipano regolarmente a periodiche e specifiche riunioni di progettazione, coordinamento e di verifica convocate e presiedute dal Responsabile del CD. Quanto sopra sarà definito e perfezionato in apposito Regolamento.

Finanziamenti e costi previsti, importi in Euro

	Finanziamento regionale ripartito	Costi sostenuti da altri enti			Totale finanziamento
				Asl	
Costo risorse umane	62.000,00			129.600,00	191.600,00
Costo di funzionamento e gestione	11.897,00			0	11.897,00
Costo di struttura e di mantenimento	0			0	0
Totale	73.897,00			129.600,00	203.497,00

**RIEPILOGO DELLA RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO
CONCESSO E DEI COSTI DA SOSTENERE PER LA
REALIZZAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI
TIVOLI – E.F. 2008**

Quota del Fondo regionale per la non autosufficienza E.F. 2007 (L.R. 20/2006) assegnata al Distretto Sociosanitario di Tivoli (o RMG3) di cui alla Determinazione Dirigenziale Determinazione Dirigenziale n.2280 del 3 luglio 2008Euro **205.000,00**

Progetti del Piano	Ripartizione del finanziamento regionale per progetto	Costi da sostenere a carico della ASL RMG	Totali
SEMIRESIDENZIALITA', PREVENZIONE E GESTIONE DELL'EMERGENZA CLIMATICA A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA	131.103,00	68.839,00	199.942,00
LABORATORI PRE- FORMATIVI PER PERSONE CON PROBLEMI PSICHIATRICI AD INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL CENTRO DIURNO	73.897,00	129.600,00	203.497,00
Totali	205.000,00	198.439,00	403.439,00

Fondo per la lotta alle tossicodipendenze

**PIANO DISTRETTUALE PER LA LOTTA ALLE
TOSSICODIPENDENZE**

per l'esercizio finanziario 2008

Legge n.45 del 18 febbraio 1999 “Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga ed in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze”

D.P.R. n.309 del 9 ottobre 1990 recante “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza

D.G.R. n.623 del 4 agosto 2008 recante “Interventi di lotta alla droga relativi alla prevenzione, al recupero ed al reinserimento sociale”

Progetto

Step by Step

COMUNI DI CASAPE, CASTEL MADAMA, CERRETO LAZIALE, CICILIANO, GERANO, PISONIANO, POLI, S. GREGORIO DA SASSOLA, TIVOLI.

1. Partenariato

Enti facenti parte del partenariato, natura giuridica (pubblico, privato, privato sociale) e sistema di afferenza				
GESTIONE	SISTEMI			
	<i>Sociale</i>	<i>Sanitario</i>	<i>Formazione</i>	<i>Lavoro</i>
<i>Pubblico</i>	<i>Comune di Tivoli</i>	<i>ASL RMG Direzione Generale</i>	<i>CFP di Tivoli</i>	<i>Provincia di Roma XI Dipartimento – Lavoro Servizi Impiego</i>
		<i>SerT di Tivoli</i>	<i>Coop. Sociale FOLLAS</i>	<i>Centro per l'Impiego di Tivoli</i>
<i>Privato</i>				<i>CNA Impresa Sensibile</i>
				<i>Coop. Pink Noiz (Servizi per lo spettacolo) Monterotondo (ora Memotek)</i>
<i>Privato sociale</i>	<i>“Dianova” Comunità Terapeutica di Palombara Sabina</i>		<i>Coop. Sociale FOLLAS</i>	<i>Coop. Sociale Il Pungiglione Monterotondo</i>

1.1 Esperienze pregresse già effettuate dai partners nel territorio in materia di inserimento lavorativo e risultati raggiunti (con citazione di buone pratiche riconosciute sul territorio)

COOPERATIVA SOCIALE FOLIAS a r.l. – ONLUS

Il modello di intervento nell'ambito dell'inserimento lavorativo di persone con problemi di abuso di sostanze: la storia

Per poter illustrare in modo soddisfacente le fasi di sviluppo che hanno condotto la Cooperativa FOLIAS alla definizione del modello di intervento nell'ambito dei servizi di orientamento e inserimento lavorativo delle persone con problemi legati all'abuso di sostanze stupefacenti, è necessario delineare, sinteticamente, la traccia del percorso di elaborazione che lo ha prodotto e delle riflessioni che lo hanno alimentato.

Attraverso un progetto di durata triennale, finanziato nel 1997, (Progetto Step by Step – Finanziato dal FSE Iniziativa Occupazione e Valorizzazione delle Risorse Umane – Volet INTEGRA e realizzato in ATI con la Coop. Il Cammino), è nata l'idea di strutturare un vero e proprio servizio di orientamento, formazione ed inserimento lavorativo destinato a persone in uscita da percorsi di recupero dalla tossicodipendenza

Nell'ambito del suddetto progetto l'intento operativo è stato quello di sperimentare un modello di intervento che, attraverso la realizzazione di percorsi integrati di orientamento, formazione ed inserimento lavorativo, consentisse di elaborare risposte specifiche a partire dai bisogni del singolo; in termini concreti l'organizzazione del servizio si dipanava attorno ad uno sportello con funzioni di accoglienza, informazione in merito alle opportunità e risorse offerte dal territorio, orientamento al lavoro, consulenza e sostegno all'elaborazione dei progetti individuali mentre, parallelamente, veniva offerta l'opportunità di partecipare a corsi di formazione (per "Operatori di cabina cinematografica" e per "Tecnici dei servizi per lo spettacolo") e di usufruire di tirocini di accompagnamento al lavoro in aziende specificamente individuate sulla base dei progetti individuali.

In questo impianto organizzativo il lavoro di rete ha rappresentato l'elemento centrale dell'intero modello e la costruzione di collaborazioni stabili con i sistemi coinvolti nel processo di inserimento socio-lavorativo (sistema socio-sanitario, della formazione e del lavoro) ha rappresentato il motore essenziale dell'intero sistema di azioni realizzate nell'arco dei tre anni

di progetto. Nell'ambito dei successivi progetti finanziati attraverso il Fondo Nazionale Lotta alla Droga – AAF 97/98/99 e successive proroghe, il lavoro *connettivo* volto alla stabilizzazione delle collaborazioni ed al coinvolgimento attivo degli attori primari dei processi di reinserimento e formazione ha prodotto la strutturazione di una rete a due livelli: da un lato la rete delle strutture invianti (SerT e strutture riabilitative del privato sociale) e dall'altro la rete, ben più estesa, delle realtà produttive coinvolte negli inserimenti lavorativi e negli stage dei corsi di formazione.

Sul versante dell'interconnessione con il sistema socio-sanitario, i risultati del lavoro di rete si sono evidenziati a più livelli:

nella possibilità di avviare un processo di integrazione e di armonizzazione tra le azioni di inserimento lavorativo ed i singoli programmi terapeutici nella direzione di una maggiore modulazione e personalizzazione dei progetti;

nelle opportunità di elaborazione e concertazione metodologica, di sviluppo di linguaggi e di modalità operative comuni.

Sul versante del coinvolgimento del mondo del lavoro all'interno della rete gli esiti si sono manifestati non solo per ciò che concerne il dato relativo ai risultati occupazionali delle azioni di inserimento lavorativo (circa il 50% degli allievi ha avuto continuità di occupazione al termine dell'intervento e la percentuale sale al 70% circa per gli allievi dei corsi di formazione) ma anche per ciò che riguarda la possibilità di interlocuzione in merito all'identificazione di quei bisogni delle imprese sulla base dei quali programmare azioni formative ad hoc che garantissero alti livelli di occupabilità a fine percorso (l'individuazione delle figure professionali di *operatore di cabina cinematografica* e di *tecnico per i servizi dello spettacolo* è stata il punto di arrivo di una analisi operata di concerto con i rappresentanti del mondo del lavoro in fase di progettazione).

La sperimentazione condotta con questo progetto ci ha permesso, nel corso dei tre anni di svolgimento, di mettere a punto un modello base di intervento che, negli anni successivi e con l'implementazione del progetto Step by step (Fondo Nazionale Lotta alla Droga – AAF 97/98/99 e successive proroghe) tutt'ora

attivo, ha rappresentato la trama a partire dalla quale si è andato tessendo, grazie all'elaborazione delle esperienze sul campo ed al continuo monitoraggio degli esiti, quel sempre più articolato disegno che oggi rappresenta il nostro modello di riferimento per ciò che riguarda l'orientamento e l'inserimento lavorativo di persone con problemi di abuso di sostanze.

Da un punto di vista pragmatico le prassi operative, come vedremo in seguito, si dipanano attorno al concetto-cardine della personalizzazione dei percorsi di reinserimento; orientamento, bilancio di competenze, formazione di gruppo, responsabilizzazione e concertazione del progetto individuale di reinserimento lavorativo, ricerca aziende mirata, tutoraggio individuale e promozione della stabilizzazione occupazionale rappresentano, in questo contesto, strumenti indispensabili affinché la modulazione dei percorsi possa esplicarsi sia a livello della tempistica delle azioni sia dell'aderenza agli specifici bisogni e caratteristiche della persona.

Ancor più rilevante delle specifiche prassi operative, in termini di innovatività, risulta però il sistema di network che sostiene, organizza e rende possibile la realizzazione delle azioni di reinserimento: la rete di collaborazioni strutturata e consolidata in questi anni comprende strutture a carattere sanitario (SerT, Comunità Terapeutiche e Centri Diurni), sociale (Servizi Sociali Municipali), formativo pubblico e privato (CFP del Comune di Roma, della provincia di Roma etc.) lavorativo e imprenditoriale (Aziende del territorio delle provincia, Consorzi dell'area etc). Le azioni realizzate insieme a questa rete, ad oggi, hanno avuto esiti assolutamente incoraggianti in un'ottica di stabilizzazione lavorativa della popolazione target; di seguito riportiamo una serie di tabelle di sintesi riguardanti le attività del progetto.

Area accoglienza, informazione ed orientamento al lavoro	
Totale utenti contattati	323
Totale colloqui svolti	879
Servizi offerti	
Solo accoglienza - primo colloquio	156
Accoglienza, orientamento e bilancio di competenze	56
Accoglienza, orientamento, bilancio di competenze tirocini formativi e sostegno ricerca attiva del lavoro	111

Dati aziende	
Totale aziende contattate, sensibilizzate e coinvolte nelle attività d'inserimento lavorativo	230
Disponibili ad accogliere tirocinanti	86
Disponibili per informazioni	74
Non disponibili	70

Tipologia Aziende	N°	Tipologia Aziende	N°
Vivai	7	Ristorazione (ristoranti e pizzerie, bar, alberghi)	23
Spettacolo (Cinema, televisioni, Teatri)	10	Cooperative Sociali e Associazioni	37
Impiantistica e ristrutturazioni edili	16	Trasporti, consegne e servizi vari	1
Professionisti (avvocati, commercialisti, parrucchieri, gommisti, ecc.)	45	Aziende agricole	3
Informazione e cultura (giornali, librerie, case editrici)	6	Negozi vendita al dettaglio (abbigliamento, supermercati, computers, ecc)	44
Artigiani (falegnami, vetrai, lab. pellami, sartorie, ecc.)	38	TOTALE	230

Area delle dipendenze e svantaggio adulti

1998-2000: Progetto F.S.E. Integra “Step by Step” per la formazione professionale e l’inserimento lavorativo di ex tossicodipendenti del Comune di Roma, in collaborazione con la Cooperativa “Il Cammino”. Nell’ambito del Progetto è stato istituito uno Sportello di Orientamento e Informazione rivolto a ex tossicodipendenti.

2000-2004: Progetto Efesto, finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale Per la Lotta Alla Droga realizzato (D.P.R. 309/90), nel territorio del Comune di Roma con la Cooperativa Sociale “Il Cammino”. Obiettivi: gestione di uno sportello di orientamento al lavoro e realizzazione di attività di reinserimento lavorativo rivolta ad ex tossicodipendenti.

2000-2006: Progetto Step By Step, finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale per la Lotta Alla Droga (D.P.R. 309/90 - es. finanziario 97/98/99 e succ. proroghe), realizzato nella ASL RMG con la Cooperativa Sociale “Il Cammino” di Roma. Obiettivi: gestione di uno sportello di orientamento al lavoro e realizzazione di attività di reinserimento lavorativo rivolta ad ex tossicodipendenti.

2003/2006: Progetto “Punto a capo” finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga (D.P.R. 309/90 - es. finanziario 2000 e succ. proroghe) realizzato nella ASL RMG in ATI con la Cooperativa Sociale “Il Cammino” di Roma. Servizio appartamento riservato ad ex tossicodipendenti in fase di svincolo dal programma terapeutico.

2004: Formazione ad operatori di una comunità di recupero di persone con problemi di tossicodipendenza (dalla Provincia di Roma).

2004/2006: “Progetto G” Il progetto prevede la realizzazione di uno sportello di orientamento e la realizzazione borse lavoro per adulti in difficoltà.

2004-2005: progetto “Pronto soccorso” finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale per la Lotta Alla Droga (D.P.R. 309/90), finalizzato alla formazione e all’aggiornamento di personale pubblico e provato sugli eventuali danni correlati all’abuso di sostanze stupefacenti e monitoraggio sull’andamento del fenomeno.

2005/ 2006: Il progetto, finanziato dal Comune di Tivoli e prevede la realizzazione di uno sportello di orientamento e la realizzazione borse lavoro per adulti in difficoltà sociali ed economiche segnalati dai Servizi Sociali.

2005/2007 “Altrestrade” progetto di prevenzione finanziato dalla Regione Lazio a valere sul Fondo nazionale Lotta alla Droga L. 309/90. La finalità dell'intervento è quella di favorire nelle varie fasce della popolazione interessata la tutela della salute e l'emergere dei bisogni collegati all'uso e all'abuso di sostanze

2005/2007 “My generation” progetto di prevenzione finanziato dalla Regione Lazio a valere sul Fondo nazionale Lotta alla Droga D.P.R. 309/90. La finalità del progetto è quella di prevenire i comportamenti di disagio adolescenziale e giovanile legati al consumo di droghe, attraverso un intervento di sistema che coinvolga attivamente le scuole ed il territorio della ASL Rm G.

2005/2007 “Force” progetto di prevenzione finanziato dalla Regione Lazio a valere sul Fondo nazionale Lotta alla Droga D.P.R. 309/90. La finalità dell'intervento è quella di favorire nelle varie fasce della popolazione interessata la tutela della salute e l'emergere dei bisogni collegati all'uso e all'abuso di sostanze.

Area immigrazione

2003/2004: collaborazione in ATI con altre cooperative, al progetto “Penelope: ascolto stranieri”, finanziato dalla Provincia di Roma e finalizzato alla realizzazione di uno sportello nel Comune di Monterotondo di consulenza legale e di orientamento al lavoro.

2003/2004: realizzazione di laboratori e progetti nelle scuole sul tema dell'intercultura e dell'integrazione

2004: elaborazione ed approvazione del progetto “Pensieri migranti: chi non si accontenta viaggia”, avviso emesso dalla Provincia di Roma e presentato dal Comune di Monterotondo Lg. 286/98, approvato a luglio 2004. L'intervento riguarda prioritariamente la tutela dei bambini e delle donne immigrate.

2005/2006: Progetto di orientamento e formazione rivolto a donne immigrate (Provincia di Roma), per realizzazione di azioni di orientamento e borse lavoro realizzazione di : un corso di aggiornamento professionale per gli operatori della rete locale, due corsi di qualificazione professionale destinati a cittadini con disabilità, la gestione del servizio di orientamento sul territorio.

Area minori e giovani

1998-1999: Progetto “Il Cantiere”: prevenzione come orientamento, formazione, lavoro”, finanziato dalla Regione Lazio con il “Fondo Nazionale Lotta alla droga” (D.P.R. 309/90). Il Progetto è rivolto a 10 minori con disagio sociale; prevede una fase di Aggregazione (organizzazione concerti, laboratori culturali, cineforum, ecc.) e Orientamento e un intervento di Formazione e inserimento lavorativo tramite tirocinio in azienda.

1998-1999: Progetto F.S.E. Socializzazione e Creatività Giovanile “Musica in Cantiere” per la formazione professionale e l'inserimento lavorativo di giovani svantaggiati nel settore della produzione e gestione di *service* per lo spettacolo. Obiettivo raggiunto: la costituzione di una cooperativa per i servizi dello spettacolo con gli allievi del corso.

1999-2000: Partecipazione al progetto di gestione dei C.I.L.O. (Centri di Iniziativa Locale per l'Occupazione) del Comune di Roma in collaborazione con il Consorzio Solaris Lazio, ente gestore per il Comune di Roma. In particolare la cooperativa ha assunto il coordinamento di due C.I.L.O. per la realizzazione di servizi di informazione, consulenza, orientamento al lavoro.

2000 – 2006: Progetto “Il Cantiere”: prevenzione come orientamento, formazione, lavoro” (vedi punto 8.), nuovamente finanziato dal Comune di Monterotondo. Il Progetto è rivolto minori con disagio sociale e

giovani del territorio; prevede una fase di Aggregazione e Orientamento e un intervento di Formazione e inserimento lavorativo tramite tirocinio in azienda.

Area disabilità

1998-2000: Progetto F.S.E. Horizon “Handicapfriendly City” per l’istituzione di uno Sportello per il cittadino con disabilità, la formazione professionale e l’inserimento lavorativo di persone disabili e la realizzazione di iniziative di Turismo Sociale

2002-2003: gestione progetto “ Servizi Integrati per l’orientamento, la formazione e l’inserimento lavorativo” finanziato dalla Regione Lazio assessorato formazione Professionale a valere sui fondi del FSE ob. 3. Il progetto prevede la realizzazione di : un corso di aggiornamento professionale per gli operatori della rete locale, due corso di qualificazione professionale destinati a cittadini con disabilità, la gestione di un servizio di orientamento sul territorio.

2000-2007: Realizzazione del “Centro per l’orientamento- sportello per il cittadino con disabilità” in collaborazione con la Cooperativa Sociale “Il Pungiglione”. Progetto finanziato dai Comuni di Monterotondo e Mentana (Roma) per l’attivazione di corsi di formazione, inserimenti al lavoro, orientamento e consulenza, attività di turismo sociale e tempo libero.

Protocolli d’intesa, pubblicazioni, materiale divulgativo su buone prassi

2004: Promozione, organizzazione e sostegno alla realizzazione del “**PROTOCOLLO DI INTESA PER FAVORIRE L’ORIENTAMENTO, LA FORMAZIONE E L’INSERIMENTO SOCIO/LAVORATIVO DELLE PERSONE SVANTAGGIATE DEI TERRITORI DELL’AREA ROMA NORD, NORD/EST DELLA PROVINCIA DI ROMA**”; promosso dalla Provincia di Roma - Assessorato alle Politiche del Lavoro e della Qualità della Vita”. Il protocollo è stato firmato a Monterotondo da Comuni, Centri per l’Impiego, ASL RMG, Aziende e Consorzi, Associazioni di categoria, Sindacati, realtà del terzo settore, Cooperative.

1999: video conclusivo del progetto di prevenzione (D.P.R. 309/90 Fondo nazionale lotta alla droga) rivolto ad adolescenti “*Lavoro? Fatto*”

2000: Nell’ambito del progetto Horizon “Handicapfriendly City” è stata realizzata una ricerca su “*I bisogni del cittadino con disabilità*”: I territori di interessati dalla ricerca sono stati Monterotondo (Rm) e Mentana (Rm).

2000: Video conclusivo del progetto Horizon “Handicapfriendly City” realizzato in collaborazione con ASS.for.SEO: memoria di volti, situazioni che hanno accompagnato il progetto nel suo svolgersi.

2000: Video conclusivo del Progetto Integra “Step by step” realizzato in collaborazione con la Cooperativa Sociale “Il Cammino” dal titolo *Fatti di lavoro*. Progetto che ha sperimentato un approccio di rete nell’ambito dell’orientamento della formazione e dell’inserimento lavorativo di ex tossicodipendenti.

2000: CD ROM del Progetto Integra “Step by step” realizzato in collaborazione con la Cooperativa Sociale “Il Cammino” dal titolo *La storia di Willy*. I temi trattati sono:

- Legislazione dei servizi pubblici e dati generali sulla tossicodipendenza Organizzazione dei servizi pubblici sanitari e del privato sociale in Italia
- Le opportunità per il lavoro

2003: Produzione Dvd dal titolo *ORIENTATO – tutto quello che avreste sempre voluto sapere sui servizi di orientamento e nessuno vi ha mai detto*” finanziato dalla Regione Lazio e realizzato in ATI con il Comune di Monterotondo (Roma) e con la Cooperativa Sociale Il Pungiglione.

2003: Pubblicazione di carattere scientifico dal titolo: *un modello per l’inserimento socio/lavorativo delle fasce svantaggiate* finanziato dalla Regione Lazio e realizzato in Ati con il Comune di Monterotondo (Roma) e con la Cooperativa Sociale Il Pungiglione.

2004: Produzione di un video-documentario conclusivo del progetto Progetto Efesto, finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale Per la Lotta Alla Droga (D.P.R. 309/90)_realizzato nel territorio del Comune di Roma.

2005 Realizzazione un video-documetario “Sulla strada” relativo al progetto “Pronto soccorso” finanziato dalla Regione Lazio Fondo Nazionale per la Lotta Alla Droga (D.P.R. 309/90), finalizzato alla formazione e

all'aggiornamento di personale pubblico e privato sugli eventuali danni correlati all'abuso di sostanze stupefacenti e monitoraggio sull'andamento del fenomeno

COOPERATIVA SOCIALE “IL CAMMINO” a r.l.

Questa struttura si occupa di orientamento ed inserimento lavorativo da più di 10 anni: il primo intervento realizzato in questa ambito fu un progetto di accompagnamento al lavoro di minori e giovani a rischio di esclusione sociale promosso dal V° Dipartimento del Comune di Roma. Da quel momento in poi la cooperativa ha sviluppato sempre più questa area di intervento realizzando azioni che hanno coinvolto fasce d'utenza diversificate: minori e giovani a rischio, donne vittime di tratta, detenuti ed ex detenuti, adulti in stato di disagio socio-economico e persone con problemi di abuso di sostanze. Di seguito si intende descrivere le fasi di sviluppo del modello di inserimento lavorativo specificamente elaborato per ciò che concerne la popolazione oggetto del presente bando: tale modello, opportunamente modulato in funzione delle specificità dei gruppi target menzionati, è stato utilizzato anche per tutti gli interventi che sono elencati al termine del presente paragrafo.

Area tossicodipendenza

1993 (anno finanziario). Avviamento al lavoro nel settore informatico di ex - tossicodipendenti attraverso un progetto finanziato dal Ministero della Famiglia, realizzato all'interno della comunità di Città della Pieve;

Dal gennaio 1997 a tutt'oggi la Cooperativa, prima in convenzione con il Comune di Roma V° DIP., poi con l'Agenzia per le tossicodipendenze, gestisce un appartamento protetto denominato “La Casetta”, che accoglie persone in fase di svincolo da un programma di riabilitazione per la ripresa dei contatti sociali e lavorativi.

2003/2005 (anno finanziario 2000). Sono stati affidati alla Cooperativa, in ATI con altri organismi del privato sociale impegnati sul territorio romano, i seguenti progetti finanziati con il FNLD della Regione Lazio: "RE-PLAN" e "PUNTO E A CAPO" (due strutture deputate all'accoglienza residenziale finalizzata al reinserimento socio-lavorativo di ex tossicodipendenti); U.D.S. (unità di strada) in V° Municipio zona Tiburtina rivolta a tossicodipendenti attivi.

2003 La Cooperativa, in qualità di partner funzionale, ha collaborato alla realizzazione del progetto “Viviverde”, finalizzato all'avvio di impresa di

un gruppo di utenti della comunità di Città della Pieve. Il progetto è stato finanziato dal Fondo Sociale Europeo (POR Regione Umbria OB,3 2000-2006, MISURA B1 periodo 2002-2004). La Cooperativa è attiva a tutt'oggi e impiega nelle proprie attività persone provenienti dalla comunità di Città della Pieve.

Area minori

1997/1998 e 1999/2002. Gestione, in convenzione con il Comune di Roma, di un “Servizio di accompagnamento sociale con borse lavoro per l'inserimento lavorativo di adolescenti e giovani a rischio di emarginazione” -. Il Progetto ha interessato l'area dei Municipi XVII – XVIII - XIX - XX;

1999/2000. La Cooperativa, in A.T.I. con altri organismi del privato sociale, ha realizzato, in convenzione con il V Dip. del Comune di Roma, il Progetto “In Rete il Lavoro” previsto nell'ambito della Legge 285/97. Il progetto, sostenuto dall'Assessorato alle Politiche Sociali, prevedeva il sostegno all'azione di inserimento lavorativo mediante borse lavoro;

1999/2000. La Cooperativa, in convenzione con il V Dip. del Comune di Roma, ha realizzato il Servizio/Progetto “In rete il Lavoro: informazione-promozione-tirocini”, Legge 285/97.

2002/2003. La Cooperativa, in convenzione con il V Dip. del Comune di Roma, ha realizzato il Progetto “In rete il Lavoro” inserito nel piano territoriale cittadino Legge 285/97

- Progetto di tirocini formativi con il Municipio XX° di Roma rivolto a giovani di età compresa tra i 16 e i 23 anni
- Progetto di tirocini formativi con il Municipio XV° di Roma rivolto a giovani di età compresa tra i 16 e i 23 anni (attualmente in corso).
- Progetto di tirocini formativi con il Municipio VII° di Roma rivolto a giovani di età compresa tra i 16 e i 23 anni (attualmente in corso).
- Progetto di tirocini formativi con il Municipio XIX° di Roma rivolto a giovani di età compresa tra i 16 e i 23 anni (attualmente in corso).
- Progetto di tirocini formativi con il Dipartimento per la Giustizia Minorile rivolto a giovani di età compresa tra i 16 e i 21 anni (attualmente in corso) Area detenuti ex detenuti

Dal 1999 la Cooperativa gestisce, in ATI con la Cooperativa “Parsec Flor”, la struttura residenziale denominata “Ulisse”, che accoglie utenti per un percorso di reinserimento socio-lavorativo.

2000. Gestione, in regime di convenzione con il Comune di Roma V° Dip., di un progetto finalizzato all'avvio di una impresa (Cooperativa Sociale di tipo B) di un gruppo di detenuti ed ex detenuti, che ha visto nascere la Cooperativa “Milleunidea”, che è stata attiva nel settore della manutenzione di immobili e di aree verdi.

2002/2003. La Cooperativa, in convenzione con il V Dip. del Comune di Roma, ha realizzato i seguenti progetti finalizzati all'orientamento e all'avvio di impresa:

- Freeworking D.D. n. 103 del 3/5/2001;
- Pluto D.D. n. 104 del 27/03/2002;
- Infoambu D.D. n. 299 del 16/10/2002.
- Partenope D.D. n. 3571 del 08/11/2005.

Area immigrazione

2000/2001. In convenzione con il Comune di Roma, gestione, in A.T.I. con "Magliana 80", del progetto “CHANCE” finalizzato ad attività di preformazione, alfabetizzazione alla lingua italiana e orientamento di persone fuoriuscenti dal circuito della prostituzione coatta, co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi

ex- art. 18 del T.U. sull'immigrazione;

2000/2001. La Cooperativa, in partnernariato con altri organismi, ha partecipato alla realizzazione del progetto “RE TRAVAILLER” in convenzione con il Comune di Roma, finalizzato alla formazione e all'inserimento lavorativo di donne provenienti dalla prostituzione coatta. Il progetto è stato co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi ex- art. 18 del T.U. sull'immigrazione;

2001/2002. In convenzione con il Comune di Roma gestione, in A.T.I. con “Magliana 80”, del progetto “CHANCE”, finalizzato ad attività di preformazione, alfabetizzazione alla lingua italiana e orientamento di persone fuoriuscenti dal circuito della prostituzione coatta, co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi ex- art. 18 del T.U. sull'immigrazione;

2001/2002. Realizzazione, in partenariato con altri organismi, del progetto “RETRAVAILLER“, finalizzato alla formazione e all’inserimento lavorativo di donne provenienti dal circuito della prostituzione coatta. Il progetto è stato co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi ex art. 18 del T.U. sull’immigrazione;

2002. Realizzazione, in partenariato con altri organismi, del progetto “OPEN CIRCLE”, della durata di sei mesi, finalizzato alla formazione, orientamento e inserimento lavorativo tramite tirocinio e costituzione di Cooperative di donne immigrate, finanziato dalla Regione Lazio;

2002/2003. Realizzazione, in A.T.I. con le Cooperative Sociali “Parsec” e “Magliana '80”, del progetto "PRO HINS", co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi ex art. 18 del T.U. sull’immigrazione, finalizzato alla protezione, aiuto e inserimento socio lavorativo di donne immigrate;

2003/2005. Realizzazione, in A.T.I. con le Cooperative Sociali “Parsec” e “Magliana '80”, della terza edizione del progetto "PRO HINS", co-finanziato dal Comune di Roma e dal Dipartimento per le Pari Opportunità con fondi ex art. 18 del T.U. sull’immigrazione, finalizzato alla protezione, aiuto e inserimento socio lavorativo di donne immigrate.

2003/2004. Realizzazione, in A.T.I. con le Cooperative Sociali “Parsec” e “Magliana '80”, del progetto “PENELOPE”, finanziato dalla Provincia di Roma e destinato agli immigrati. Tale progetto prevede uno sportello ed una consulenza legale e lavorativa nel Comune di Monterotondo.

2004/2005: Realizzazione, in ATI con la Cooperativa “Magliana 80” del progetto “Potenziamento delle strutture di accoglienza in favore di donne vittime di tratta sessuale” finanziato dal Comune di Roma e dalla Provincia di Roma destinato all’inserimento lavorativo di donne provenienti dalla tratta.

2005/2006: Realizzazione in ATI con la Cooperativa “Magliana 80” del progetto “Case-Lavoro”, in convenzione con il Comune di Roma, per l’inserimento di donne provenienti dalla tratta.

- Area adulti
- Progetto di borse di formazione lavoro rivolti ad adulti a rischio di esclusione sociale, in ATI con la Cooperativa “Folias”, finanziato dal Municipio XI

La Cooperativa ha realizzato dei corsi di formazione e di qualificazione rivolti alle persone in carico ai progetti o ai centri residenziali gestiti:

1990/1993. Organizzazione di tre corsi di formazione professionale in agricoltura, previsti nei piani annuali F.P. della Regione Umbria, finanziati dal Fondo Sociale Europeo, destinati agli utenti delle Comunità Terapeutiche di Città della Pieve;

1993/1996. Gestione, in regime di convenzione con il Comune di Città della Pieve, di tre corsi professionali nel settore dell’informatica; finanziati dal Dipartimento degli Affari Sociali e destinati agli utenti delle Comunità Terapeutiche di Massimina e Città della Pieve;

1999. Organizzazione di un corso per “Operatori di cabina cinematografica” rivolto ad ex-tossicodipendenti con conseguente ottenimento del patentino rilasciato dalla Prefettura di Roma. Il corso era previsto all’interno di un progetto PIC INTEGRA finanziato dalla Commissione Europea; realizzato in ATI con la Cooperativa “Folias”,

1999. Organizzazione di un corso per “tecnici dello spettacolo” rivolto ad ex-tossicodipendenti con successivo inserimento dei corsisti in service dello spettacolo. Il corso era previsto all’interno di un progetto PIC INTEGRA finanziato dalla Commissione Europea. Realizzato in ATI con la Cooperativa “Folias”

2. Ambito Territoriale di riferimento (specificare i distretti coinvolti):

Premessa

Lo scenario relativo all'esclusione dal mondo del lavoro della popolazione con problemi di dipendenza da sostanze di abuso emerge come risultato dell'azione congiunta di numerosi fattori di ordine economico, sociale ed individuale; tale sinergia sfavorevole, nei suoi effetti osservabili, sembra determinare una amplificazione dei fenomeni di esclusione a danno della popolazione target ed evidenzia la necessità di accrescere l'impegno in azioni specifiche volte a contrastarne gli effetti.

Secondo il Rapporto ISTAT 2005, l'anno appena trascorso è stato un anno decisamente nero per l'economia Italiana: il PIL non ha registrato variazione alcuna ed il tasso di occupazione risulta decisamente inferiore a quelli medi europei, con forti livelli di esclusione per giovani, donne e anziani. Le forme di flessibilità, spiega il rapporto, sono spesso associate a condizioni di precarietà e la sperequazione dei redditi risulta estremamente rilevante. Sempre secondo il Rapporto l'accesso al mondo del lavoro è difficile soprattutto per i giovani e per loro il rischio di disoccupazione è più elevato rispetto ad altri gruppi demografici; 4 milioni di lavoratori sono a basso reddito (al di sotto di 700 euro mensili) e un milione e mezzo vive in condizioni disagiate. Il fenomeno dei bassi redditi da lavoro si registra di più fra le donne, fra i giovani al di sotto dei 25 anni, tra le persone con istruzione inferiore alla licenza media e tra i lavoratori che operano nel settore privato. I dati sulla povertà, inoltre, ci dicono che il 7,5% delle famiglie italiane ha difficoltà a consumare un pasto adeguato ogni due giorni mentre oltre il 30% non arriva a fine mese con il reddito conseguito o non riesce ad affrontare una spesa imprevista di mille euro.

In questo contesto economico, inoltre, il mercato del lavoro, è stato protagonista, negli ultimi anni, di importanti cambiamenti: l'introduzione della flessibilità contrattuale, i meccanismi congiunturali appena descritti e l'incidenza dello sviluppo delle tecnologie nei meccanismi produttivi hanno generato una levitazione dei requisiti di accesso al mondo del lavoro (sempre più alti livelli di specializzazione, di esperienza pregressa, di disponibilità al cambiamento e di flessibilità) ed un'esclusione de facto dei candidati che superano i 40 anni.

Da un punto di vista sociale una situazione di questo tipo non è certo priva di conseguenze: laddove le difficoltà coinvolgono fasce di popolazione non tradizionalmente considerate "deboli", il clima sociale appare contraddistinto da preoccupazione e senso di precarietà e gli orizzonti della solidarietà sociale tendono ad una progressiva contrazione "giustificata" dalla necessità di difendere la propria condizione in una sorta di conflitto per la *sopravvivenza*. In questo contesto l'amplificazione dei meccanismi espulsivi nei confronti delle persone in stato di disagio è rilevante ma acquisisce caratteristiche preoccupanti se ci riferiamo a persone con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso.

Le difficoltà di inclusione socio-lavorativa di questo gruppo sociale, peraltro, sono già di per sé strutturalmente determinate, prescindono da fattori congiunturali e fanno riferimento ad ostacoli che derivano direttamente o indirettamente dallo "stato di dipendenza" e dal connesso stile di vita. Come vedremo in seguito, infatti, i fattori che si frappongono all'integrazione sociale di questa popolazione agiscono in senso cumulativo ed i meccanismi di marginalizzazione configurano una processualità circolare che si autoalimenta, amplificando sempre più lo iato che separa queste persone dal resto della collettività.

Il territorio di riferimento

L'ASL Roma G comprende n. 70 Comuni della provincia ad est di Roma, raggruppati, ai fini delle attività sanitarie, in 6 distretti operativi (Tivoli, Colferro, Palestrina, Subiaco, Monterotondo, Guidonia)

Il presente progetto interesserà il territorio della ASL RMG, accogliendo attraverso le attività dello sportello di orientamento utenti provenienti da tutti i Distretti Socio/sanitari. Referenti principali delle attività previste saranno considerati i SerT (presenti nei distretti G1, G3, G4, G5, G6), mentre localmente, in assenza del SerT distrettuale, ci si potrà rivolgere anche ai Comuni capofila (per esempio, nel Distretto G2 si farà riferimento al Comune di Guidonia-Montecelio).

Il territorio di pertinenza della ASL RMG è caratterizzato dalla presenza sia di Comuni ad alta densità di popolazione, sia di Comuni di piccole e piccolissime dimensioni, solitamente collocati sui rilievi montani. Queste caratteristiche territoriali contengono di per sé i rischi della marginalità: infatti, pur trovandosi alle porte di Roma, il territorio della ASL RMG è situato al centro della viabilità degli assi Salario e Tiburtino (Distretti RMG/1, 2 e parte del 3 e del 4) che convogliano tutta la popolazione giovanile dei territori limitrofi esclusa dai circuiti aggregativi e culturali della capitale. In particolare, i territori di Tivoli, Monterotondo e Guidonia Montecelio rappresentano, in tal senso, i focolai territoriali tradizionali della vendita e del consumo di sostanze, luogo di aggregazione spontanea e di ritrovo per quei gruppi che non riescono ad accedere ai servizi aggregativi e culturali presenti sul territorio, sia per la scarsità degli stessi, sia per la mancanza in molti giovani consumatori di una identità tossicomantica strutturata, sia, infine, per la diffusione di una “cultura della diffidenza” che porta le fasce più giovani a non avvicinarsi ai servizi istituzionali e non che si occupano del problema. Sul bacino territoriale di riferimento, inoltre, sono presenti le stesse dinamiche che esistono in altre aree, soprattutto quelle metropolitane. Nelle zone più vicine alla città di Roma i giovani frequentano i pub, le birrerie e le discoteche dei giovani romani e con le stesse modalità fanno uso di diverse sostanze, creando quelle problematiche legate alle poliassunzioni tipiche di questi contesti.

Il Distretto RMG 3

I comuni del distretto

Il distretto G3 è composto dai comuni di Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Pisoniano, Poli, S. Gregorio da Sassola, Tivoli.

I comuni di Pisoniano, Ciciliano, Castel Madama fanno parte della Comunità Montana Zona IX dei Monti Sabini-Tiburtini, mentre Cerreto Laziale fa parte della Comunità Montana X dell’Aniene.

La popolazione

La popolazione totale del distretto è di 72082 abitanti (dati censimento Istat del 2005) mentre la popolazione target del Progetto Force è di 18106 (pari al 25,11%).

Anche questo distretto presenta un’estrema variabilità rispetto alla popolazione.

Il paese più grande e più popoloso è Tivoli con i suoi 49342 abitanti della città, a cui vanno aggiunti gli abitanti delle frazioni di Tivoli Terme e Villa Adriana (all’incirca 10000 abitanti). A seguire gli altri paesi sono Castel Madama con 6340, Poli con i suoi 2163 abitanti, San Gregorio da Sassola con 1444 abitanti, Gerano con 1201 abitanti, Ciciliano con 1133, Cerreto Laziale con 1057 abitanti, Casape con 746 abitanti e Pisoniano con appena 730 abitanti, che è invece il paese meno popoloso.

Tivoli è la città “cuore” del distretto sia per i servizi, sia perché la presenza di scuole, sia per la posizione strategica che l’ha fatta diventare una città con un enorme sviluppo economico e socio-culturale.

I servizi socio sanitari

Il comune di Tivoli è la sede dei servizi socio sanitari per tutto il distretto.

Nello specifico, per l’interesse del progetto Force, l’assistenza ai tossicodipendenti viene effettuata soprattutto attraverso il Ser.T che ha sede proprio a Tivoli e attraverso il Centro Diurno *Nautilus* che da un anno risiede a Tivoli Terme ma che precedentemente aveva la sua sede a Villanova di Guidonia.

Accanto a questo servizio sempre a Tivoli c’è un centro per l’impiego, il consultorio familiare, presente pure a Castel Madama e a Villa Adriana, un Centro Anziani, l’ospedale.

Le scuole

Le scuole superiori sono a Tivoli ed in particolare: Istituto tecnico “E. FERMI”, Istituto statale d’Arte, Istituto statale tecnico “A. VOLTA”, Istituto Magistrale “I. D’ESTE”, Istituto professionale femminile “A. DIAZ”, Liceo Ginnasio “AMEDEO DI SAVOIA”. A queste si aggiungono le scuole superiori private e medie.

Nel resto del distretto le scuole medie ed elementari sono a Poli, Gerano, Cerreto Laziale, Castel Madama, Villa Adriana.

Molti ragazzi frequentano le scuole superiori fuori dal distretto.

Area aggregazione

L’aggregazione giovanile si concentra nei classici luoghi di ritrovo bar, sale giochi, piazze, muretti e scalette, centri commerciali.

Fortemente voluto, soprattutto dai giovani di Tivoli e dintorni, un centro di aggregazione giovanile per l’incontro tra i ragazzi e per la promozione di attività specifiche come organizzazione di eventi, di concerti.

Sicuramente questo distretto ha al suo interno tutte le risorse per attivare varia forme di aggregazionismo per i giovani: a testimoniarlo sono le numerose presenze, delle associazioni del territorio, al Forum delle politiche giovanili organizzato dall’assessorato alle politiche giovanili di Tivoli.

Inoltre le numerose forme di associazionismo forniscono risposte diversificate alle numerose domande rispetto ai minori, ai disabili e agli anziani.

In quasi tutti i paesi del distretto una presenza costante è quella dei Centri Anziani, che organizzano varie attività e dispongono di risorse per fornire un sostegno a questa fascia della popolazione che è sempre più in aumento.

Vanno citate, inoltre, come forme di aggregazione le varie feste di paese e di sagre che rappresentano un momento d’incontro e di promozione del paese.

I consumi

Dalla mappatura generale fatta sul distretto è emerso un consumo di hashish e uso comunitario di alcool.

Inoltre nella fascia del target compreso tra i 14 anni e i 34 anni, si riscontra un uso della cocaina in aumento, di pasticche e di acidi. Spesso l’occasione per fare uso si sostanze stupefacenti è rappresentata dai rave e dalle street parade che si tengono nell’interland romano. Si riscontra un abbassamento dell’età minima di partecipazione ai rave e conseguenzialmente del primo uso di sostanze stupefacenti.

Riguardo all’uso dell’eroina, i testimoni privilegiati riportano un minore uso rispetto al passato, mentre in linea con la tendenza generale vi è un aumento dell’uso di tipo ricreativo delle sostanze e delle poliassunzioni.

Inoltre, è scomparso il fenomeno dello spaccio nei luoghi d’incontro a favore dello spaccio “programmato”, cioè dello scambio in cui ora e luogo cambiano costantemente.

3. Destinatari degli Interventi

3.1 Gruppi target ed eventuali gruppi intermedi

Le linee di tendenza del fenomeno

(dati: Dipartimento di Epidemiologia ASL RME - Regione Lazio “Sistema di Sorveglianza sulle Tossicodipendenze DGR 6907/91 Lazio 2004”)

In base ai dati forniti dal Sistema di Sorveglianza sulle Tossicodipendenze e relativi all'utenza in carico ai Servizi per le tossicodipendenze pubblici della Regione Lazio nell'anno 2004, è possibile individuare alcune interessanti linee di tendenza del fenomeno, riferite soprattutto ai cambiamenti avvenuti nel tempo (periodo 1992/2004) per ciò che concerne la tipologia di consumo ed alcune specificità dell'utenza. In questo senso le caratteristiche della popolazione incidente (nuovi utenti entrati in contatto con i servizi nel 2004) in rapporto a quella già in carico o rientrata e gli andamenti dei trend longitudinali dei dati del periodo 1992/2004, evidenziano importanti cambiamenti che possiamo individuare come indicatori dell'evoluzione del fenomeno delle tossicodipendenze nell'ultimo decennio.

- Tra i nuovi utenti, gli eroinomani scendono al 36,8% (84,5% per gli utenti già in carico), i cocainomani salgono al 33,5% ed al 50,5% se si omette la distinzione tra sostanza di abuso primaria e secondaria (7% per gli utenti già in carico), la percentuale di coloro che indicano la marijuana come sostanza d'abuso primaria rappresenta il 24,8% tra i nuovi utenti mentre tra gli utenti già in carico è solo il 5,3%.
- Tra il 1992 ed il 2004 si osservano rilevanti cambiamenti nell'uso di sostanze: la percentuale di eroinomani tra i nuovi utenti si abbassa dal 87,9% al 36,8 %, i nuovi utenti cocainomani aumentano notevolmente passando dall'1,9 al 33,5% come pure chi fa uso di cannabis (8,6% nel 1992 – 24,8% nel 2004 con un incremento di 13 punti nel 2003).
- Notevoli differenze, tra utenti incidenti ed utenti già in carico, si hanno per ciò che riguarda la modalità di assunzione: la via endovenosa interessa il 20,7% dei nuovi contro il 59,3% degli utenti già conosciuti mentre sale la percentuale di utenti che utilizzano l'inalazione o il fumo come modalità di assunzione (76,2% dei nuovi utenti contro il 37,9 di quelli già in carico)
- La frequenza di assunzione evidenzia, tra i nuovi utenti, due picchi: il 50% assume sostanze una volta a settimana o meno ed il 39,4% una o più volte al giorno. La popolazione già in carico, invece, per il 79,7% assume sostanze una o più volte al giorno.
- Se si considerano i dati accorpati relativi alla popolazione incidente relativa ai SerT ed ai Servizi del Privato Sociale, si evidenzia una associazione tra tipo di sostanza utilizzata e modalità di invio al servizio: circa la metà dei consumatori di eroina (in associazione o meno con cocaina) arrivano ai servizi in modo volontario mentre la maggior parte dei consumatori di cocaina e soprattutto di marijuana (83,8%) arrivano ai servizi su segnalazione dell'Autorità Giudiziaria; per la popolazione incidente dei SerT questa modalità di invio è passata dal 10% del 1997 al 45% del 2004.

I dati riportati, pur riferendosi esclusivamente alle “terre emerse” del fenomeno della dipendenza da sostanze, evidenziano significativi cambiamenti negli stili di consumo prevalenti negli ultimi dodici anni: accanto al tossicodipendente eroinomane “tipo”, così come appare nell'immaginario collettivo, sta emergendo in modo sempre più evidente una fascia di popolazione il cui consumo appare caratterizzato da un certo mimetismo (prevalenza di modalità di assunzione non invasive, utilizzo di sostanze più compatibili con la vita *normale*, bassi livelli di percezione soggettiva del problema). Questo gruppo frequentemente arriva ai servizi a seguito di segnalazioni dell'Autorità Giudiziaria e spesso dopo lunghi periodi di consumo sommerso e “integrato”; in questo senso la mancata percezione del problema e l'illusione del controllo sul sintomo giocano un ruolo determinante, la problematicità del consumo spesso si manifesta in modo evidente nei luoghi di lavoro e ciò rende estremamente problematico l'avvio di percorsi di trattamento e la sistematizzazione di efficaci azioni di contrasto. Questa fascia di popolazione censita, per la tipologia di sostanze d'abuso e le modalità di invio che la caratterizza, può fornire delle indicazioni circa quell'ampia area di consumo (abuso di alcool, sostanze di sintesi, policonsumo), spesso problematico, e sostanzialmente sconosciuto ai servizi che rappresenta l'aspetto più strisciante della dipendenza da sostanze e quello più difficile da contrastare. Per quanto concerne le azioni di contrasto attivate e il loro impatto, il sistema dei servizi per le tossicodipendenze appare, in misura prevalente, come scarsamente attrezzato nei confronti della fascia di utenza emergente mentre manifesta la sua efficacia più che altro per ciò che riguarda la dipendenza da eroina. Ancora troppo rarefatta appare la distribuzione sul territorio di servizi che possano attivare strategie di contrasto efficaci nei confronti delle nuove tipologie di consumo e che, soprattutto, siano in grado di facilitare l'esplicitazione della domanda da parte di chi, non considerandosi tossicodipendente, rifiuta di rivolgersi al SerT, socialmente identificato come luogo dell'emarginazione e della degradazione. Il panorama che emerge dai dati e dalle considerazioni fin qui esposte evidenzia una notevole amplificazione della complessità e della multiformità del fenomeno: la tipologia di consumo, le modalità di assunzione, la diversificazione delle sostanze, la tipologia di popolazione coinvolta ed i diversificati contesti del consumo

rappresentano dei chiari indicatori di complessità. L'analisi di questi cambiamenti e l'evoluzione della conoscenza e della concettualizzazione del fenomeno delle dipendenze ha avuto delle ricadute nell'organizzazione della generalità delle risposte riabilitative soprattutto nei termini di una maggiore attenzione alle variabili proprie dei contesti sociali, culturali ed economici; la maggiore rilevanza attribuita ai fenomeni di esclusione sociale connessi all'uso di sostanze ed alla necessità di mettere in atto azioni di promozione dell'inclusione socio-lavorativa nei confronti di questa popolazione è stata anch'essa frutto di questo processo. Da un punto di vista "storico", abbiamo assistito, nelle politiche di contrasto alle dipendenze patologiche, ad un cambiamento di paradigma: se omettiamo di considerare le implicazioni etiche, filosofiche e metodologiche e ci concentriamo esclusivamente sulla valenza sociale del fenomeno, tale cambiamento di paradigma può essere esemplificato come il passaggio da un approccio "chirurgico" ad un approccio "terapeutico/riabilitativo", da una visione della tossicodipendenza come *colpa* ad una considerazione del suo essere un *disturbo da curare*, dall'urgenza dell'isolamento e della salvaguardia della collettività incorrotta alla necessità del reinserimento e dell'integrazione. In questo passaggio la necessità di mettere a punto strategie di reinserimento lavorativo e di promozione dell'inclusione sociale assume una certa rilevanza solo nella seconda fase in quanto, per lungo tempo e in alcuni casi a tutt'oggi, al problema occupazionale delle persone con problemi di dipendenza venivano date risposte poco articolate, poco aderenti ai bisogni dei singoli e, quindi, poco efficaci in termini di reale inserimento e di sviluppo del benessere individuale: ad uno sguardo d'insieme la modalità chirurgica di approccio al problema si riverberava in modo omologo nella declinazione delle opportunità occupazionali possibili per il tossicodipendente dando luogo ad inserimenti funzionali all'integrazione all'interno di specifiche e ristrette nicchie di mercato (Cooperative sociali, Comunità di trattamento). Dal nostro punto di vista il passaggio di paradigma è rappresentato dall'idea di agire in direzione dell'inclusione della popolazione bersaglio facendo leva sul potenziamento della loro capacità di rispondere alle esigenze del più ampio mercato del lavoro. L'idea dell'inclusione e della responsabilità condivisa nei confronti del disagio sociale inizia a acquisire dignità in tempi relativamente recenti: sempre più appare evidente il fallimento di strategie di contrasto volte all'elusione ed alla delega e sempre più si impone la necessità di una azione coordinata e collegiale finalizzata all'integrazione delle *parti espulse*. Questo cambiamento culturale si costituisce come il substrato essenziale perché sia possibile pensare e realizzare servizi che, attraverso la creazione di reti di collaborazione tra servizi terapeutici e mondo produttivo/imprenditoriale, si pongano come obiettivo principe la formulazione di progetti *individualizzati* di formazione e *reinserimento socio-lavorativo* di persone con problemi di dipendenza.

Destinatari diretti ed indiretti degli interventi

Il presente programma di intervento è rivolto ai seguenti gruppi bersaglio:

DESTINATARI DIRETTI:

1. persone con problemi di dipendenza da sostanze di abuso, in trattamento presso i Servizi Pubblici e Privati del territorio (terapia sostitutiva, antagonista, subutex etc.)
2. persone in uscita da percorsi di trattamento e di riabilitazione
3. Consumatori di sostanze di abuso a rischio di drop out sociale e/o abbandono scolastico

La diversificazione all'interno del gruppo target diretto risponde alla necessità di individuare ed evidenziare la presenza, all'interno della popolazione bersaglio, di gradi diversi (soglie) di problematicità rispetto all'utilizzo di sostanze d'abuso. Tale differenziazione, come si vedrà in seguito, influisce direttamente nella strutturazione delle azioni dell'intervento e nella personalizzazione dei singoli programmi di reinserimento lavorativo.

DESTINATARI INTERMEDI:

1. operatori dei servizi sanitari Pubblici
2. operatori dei servizi di trattamento del privato sociale
3. operatori dei servizi sociali Pubblici e del Privato Sociale

4. operatori del sistema della formazione
5. rappresentanti del mondo economico e delle imprese del territorio, delle associazioni di categoria e dei consorzi di cooperative
6. operatori dei centri per l'impiego, dei Centri territoriali per l'orientamento e delle agenzie per il lavoro
7. referenti delle ditte (tutor) che ospitano i tirocini

I rappresentanti dei sistemi coinvolti nella rete di partenariato del progetto (indicati come destinatari intermedi) daranno vita ad un "gruppo di progetto" che avrà l'obiettivo di continuare il lavoro, iniziato sul territorio già da diversi anni e culminato nella stipula di un Protocollo di Intesa, di creazione di un **modello di lavoro congiunto** che implichi:

- 1) lo sviluppo di strategie condivise volte all'individuazione delle risorse utili alla realizzazione dei singoli percorsi individuali di reinserimento socio-lavorativo ed all'ottimizzazione degli esiti
- 2) l'integrazione ed armonizzazione di competenze, metodologie e funzioni
- 3) la messa in atto di strategie di diffusione finalizzate ad un coinvolgimento sempre maggiore dei territori ed alla promozione della cultura dell'inclusione.

In questo senso il gruppo di progetto sarà ampliato nelle sue rappresentanze e continuerà ad essere un vero e proprio laboratorio per l'elaborazione e la definizione di strategie sempre più adeguate al raggiungimento degli obiettivi; la creazione di connessioni tra sistemi diversi, inoltre, potrà avere come effetto diretto l'elaborazione progettuale di azioni collaterali (corsi di formazione, campagne promozionali etc) atte ad integrare il modello di intervento proposto ed a moltiplicare le risorse disponibili per la costruzione dei percorsi individuali.

3.2 Previsione del numero di utenti da prendere in carico, orientare ed inserire nel lavoro

(specificare se superiore alla previsione contenuta nel progetto provinciale)

Con l'intervento proposto si prevede di:

- Informare e garantire un primo orientamento ad un minimo di 20 persone
- Attivare percorsi di inserimento lavorativo tramite tirocinio in impresa per un massimo di 5.000 ore di tirocinio da suddividere ad almeno 5 persone

Produrre, per un minimo di 2 persone, continuità di occupazione formalizzata tramite tutte le formule contrattuali previste dalla normativa vigente.

3.3 Caratteristiche sociali e demografiche del gruppo target

Nel territorio dell'intera Regione Lazio, secondo i dati forniti dal Sistema di Sorveglianza sulle Tossicodipendenze, la consistenza numerica della popolazione in trattamento presso i servizi pubblici e del privato sociale per problemi di tossicodipendenza è di 13423 unità di cui 8731 nel territorio del Comune di Roma.

I dati concernenti le caratteristiche della popolazione (i dati si riferiscono al totale regionale ed è pertanto impossibile individuarne le specificità territoriali) indicano, sul versante demografico, una netta e consolidata prevalenza dell'utenza maschile (86,4% del totale e 89,5% dei nuovi utenti) in cui il rapporto

maschi/femmine è di 6 a 1 nel caso degli utenti già in carico o rientrati e di 8 a 1 per i nuovi utenti. L'età media è di 35,3 anni e le persone con più di 39 anni rappresentano la classe d'età maggiormente rappresentata con il 31,1% del totale: il progressivo invecchiamento si osserva anche nell'aumento dell'età media dei nuovi utenti (31,7 nel 2004 e 30,3 nel 2003).

La maggior parte della popolazione censita risulta celibe/nubile (66,8%) mentre solo il 18% dichiara di essere coniugato.

Per quanto riguarda la scolarizzazione del gruppo target i dati non si discostano molto da quelli degli anni precedenti.

Nessun titolo Lic. Elementar	Media inferiore	Media superiore	Laurea	Qualifica professionale	Diploma para universitario	Totale	Non rilevato
15,3%	58,2%	24,4%	1,2%	0,8%	0,1%	100%	19,5%

I dati relativi all'occupazione della popolazione target, infine, sono altrettanto sconcertanti: la somma di coloro che presentano condizioni "non professionali", di disoccupazione e di occupazione saltuaria totalizza il 63% contro un 32,9% che dichiara un'occupazione stabile.

Un ulteriore elemento di difficoltà di integrazione socio-lavorativa, inoltre, va individuato nelle frequenti difficoltà di ordine sanitario che questo gruppo presenta: nonostante i dati in questo senso siano in alta percentuale mancanti (il 65% del totale del gruppo non è stato censito) sappiamo che sul totale disponibile il 32,1% risulta positivo all'epatite B, il 58,1 all'epatite C ed il 15,9 all'HIV. Un ultimo elemento importante nella descrizione delle caratteristiche di questa popolazione è rappresentato dai dati sulla situazione legale: l'11,4% del totale arriva ai servizi su segnalazione dell'Autorità Giudiziaria (nel caso dei nuovi utenti in carico questa percentuale sale al 36,3%) mentre gli assistiti in carcere rappresentano il 3,7% del totale ed il 5,6% dei nuovi utenti.

Dai dati forniti dall'Osservatorio Distrettuale sulla Qualità e le Politiche Sociali e quelli forniti dal SerT di Monterotondo relativi all'anno 2003 emerge su una popolazione totale di 21.913 abitanti tra i 15 ed i 34 anni di età, 111 soggetti hanno avuto contatti con il SerT (nessuno dei quali di età inferiore ai 20 anni), come si evidenzia dalla seguente tabella:

Età	Nuovi utenti		Utenti già in carico o rientrati		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	
15 – 17	0	0	0	0	0
18 – 19	0	0	0	0	0
20 – 24	15	1	2	3	21
25 – 29	14	0	11	2	27
30 – 34	11	3	45	4	63
35 – 39	5	0	45	6	56
> 40	0	0	43	5	48
TOTALE	45	4	146	20	215

Caratteristiche socio – demografiche degli utenti in carico presso il SerT:

stato civile		Titolo di studio		Condizione professionale	
Celibe	125	Licenza elementare	47	Occupato	117
Nubile	5	Licenza media	128	Disoccupato	137
Coniugato	46	Diploma	39	Occupazione saltuaria	56
Convivente	19	Laurea	1	Pensionato	5
Separato	16				
Divorziato	4				

4. Modalità di realizzazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi generali

Il presente progetto Step by step è la naturale prosecuzione del servizio che le Coop. FOLIAS e Il Cammino hanno svolto dal 2000 ad oggi ed è sostenuto e promosso da un partenariato estremamente diversificato, per quanto concerne gli ambiti di competenza, il cui assetto risponde all'obiettivo di realizzare la massima integrazione e sinergia possibile tra i sistemi sanitario, sociale, della formazione e del lavoro. In questa prospettiva l'apparato di rete che si viene a creare rappresenta la base a partire dalla quale sarà possibile mettere a punto strategie mirate alla messa a sistema dell'intervento in un'ottica di sostenibilità successiva al tempo di finanziamento.

I principali obiettivi progettuali sono:

realizzare una mappatura delle realtà socio/economiche e produttive dei vari territori interessati dall'intervento;

garantire la ricerca di opportunità lavorative per gli utenti in fase di orientamento e di inserimento lavorativo;

promuovere e sottoscrivere collaborazioni con vari enti per proporre opportunità formative agli utenti stessi;

realizzare un rete forte di partenariato a sostegno del progetto;

sollecitare una richiesta di collaborazione attiva finalizzata all'aumento delle risorse del progetto con apporto di professionalità e d'impegno da parte dei partner territoriali;

gestire la messa a sistema dell'intervento come servizio stabile sul territorio, con una fisionomia propria e un approccio condiviso dai partner.

Il progetto Step by step pone le basi su una rete di partner territoriali che negli ultimi anni ha collaborato alla realizzazione di progetti per il reinserimento di soggetti tossicodipendenti ed alcolisti. Pertanto, oltre alla realizzazione degli obiettivi specifici previsti, il presente intervento avrà nella sue finalità quella di realizzare un ulteriore rafforzamento della rete territoriale già presente e attiva sul territorio di riferimento ed un ampliamento della base territoriale dell'intervento a tutti i Distretti della ASL RMG, nell'ottica della trasferibilità delle prassi nei territori che ancora non presentano esperienze significative in questo ambito d'intervento.

Andiamo quindi ad analizzare ciò che intendiamo realizzare con il Progetto Step by Step rispetto agli obiettivi generali previsti nel progetto provinciale.

Primo Obiettivo Generale: “Promuovere reti locali intersistemiche (sociali, sanitarie, formative e del lavoro) nella ASL RmG”.

Il progetto ha promosso e favorito in questi anni un approccio di reti locali intersistemiche, coinvolgendo in essa gli attori principali del Distretto Socio Sanitario RMG 3, facenti capo ai Comuni di Tivoli. A questa rete partecipano gli Assistenti sociali del Comune di Tivoli, quelle dei SerT di Tivoli, i referenti della Comunità Dianova di Palombara Sabina, gli operatori dei Centri per l'Impiego di Tivoli, il referente della Caritas, della Comunità Montana e del CSI di Tivoli, il referente del Centro diurno a bassa soglia di Bagni di Tivoli Nautilus. I referenti dei progetti Forze e Altre Strade di prevenzione e riduzione dei rischi.

Vogliamo continuare a realizzare i seguenti obiettivi specifici individuati, tra l'altro anche dal precedente bando provinciale che ha ultimamente rifinanziato il progetto Step by Step:

- a) costruire e/o implementare il sistema di rete;
- b) condividere metodologie e procedure di lavoro tra i diversi attori territoriali;
- c) dotare la rete di un servizio comune di informazione ed orientamento;
- d) sensibilizzare ed informare gli attori territoriali pubblici e privati al problema dell'inserimento lavorativo secondo un approccio fondato sulla valorizzazione della persona;
- e) promuovere interventi basati sul concetto di buona pratica.

E intendiamo perseguirli attraverso le seguenti azioni:

- implementazione della rete esistente con nuovi soggetti partner da integrare al gruppo già operante nei Distretti di Monterotondo e di Tivoli;
- condivisione delle metodologie e di strumenti per il consolidamento di buone prassi, realizzata attraverso riunioni operative a cadenza mensile e attraverso la programmazione e strutturazione di incontri, seminari, workshop, tavoli tematici per approfondire le tematiche riguardanti i diversi aspetti che interessano l'orientamento e l'inserimento lavorativo delle fasce svantaggiate.
- stimolare l'approccio di rete intersistemico dei vari territori interessati dal servizio, basandosi sull'equipe del progetto come uno dei cardini, ma non senza il contributo attivo di tutti gli elementi della rete, che dovrà agire in un'ottica di *'comunità territoriale orientante'*, con l'obiettivo finale di proporre un'unica offerta di servizi per favorire il benessere e l'agio delle persone e non soltanto la cura e il mantenimento di una condizione di disagio e di malessere.

Secondo Obiettivo Generale: “promuovere l'acquisizione di competenze da parte dei soggetti deboli destinatari dell'intervento, attraverso percorsi formativi e lavorativi adeguati alle potenzialità individuali ed in base alle richieste del mercato del lavoro; sviluppare l'autoimprenditorialità”.

Il percorso che il progetto STEP BY STEP propone si basa su un modello di tipo psico-sociale che si compone di alcuni passaggi. L'approccio rispetto ai beneficiari finali sarà quello di utilizzare gli strumenti tipici dell'orientamento allo scopo di attivare gli utenti verso percorsi di autonomia e di emancipazione dalle dinamiche del disagio e dell'assistenzialismo tipici di questa categoria di persone. Per riuscire bene in questo primo importante obiettivo è imprescindibile un approccio basato sulla *chiarezza* della proposta e sulle risorse che il progetto può mettere a disposizione degli utenti. Attraverso lo sportello di orientamento si passerà alla definizione e all'attivazione dei percorsi individualizzati condivisi con l'utenza ed alla individuazione degli obiettivi, delle risorse, degli strumenti, delle problematiche da affrontare e dei passaggi da effettuare per arrivare all'inserimento lavorativo. La definizione del percorso individualizzato presuppone un approccio teso a vagliare inizialmente tutte le possibilità e le prospettive da percorrere con gli utenti, mentre in un secondo

tempo la capacità dell'orientatore dovrà essere finalizzata al restringimento del campo e a portare alla definizione di alcune scelte fondamentali per la buona riuscita del percorso stesso. Per realizzare ciò sarà quindi importante avere sempre aggiornato il lavoro di back office sulle informazioni e il materiale riguardante il mercato del lavoro, le leggi e i provvedimenti sulla contrattualistica e l'autoimprenditorialità, le opportunità formative, le offerte di lavoro, le disponibilità delle aziende e le richieste del mercato in termini di richieste professionali, ecc. Per rendere più efficace l'offerta sarà importante la collaborazione con gli enti e i servizi territoriali preposti (Centri per l'Impiego, Cilo) con i quali, da una parte si potrà effettuare uno scambio d'informazioni, dall'altra si potranno inviare gli utenti per fare delle ricerche e/o delle pratiche specifiche.

I percorsi individualizzati potranno quindi portare ad una serie di sbocchi intermedi e finali, come:

- individuazione di opportunità formative a seguito della scelta (da parte dell'utente) di un settore professionale che lo vede con debito di professionalità;
- attivazione di supporti consulenziali interni ed esterni al servizio, nel caso in cui si individuassero con gli utenti ambiti, capacità, predisposizioni, aspirazioni, verso attività imprenditoriali in forma autonoma singola e/o associata;
- attivazione di tutte le risorse disponibili all'interno del progetto per supportare gli utenti nel loro cammino di attivazione per la ricerca autonoma del lavoro, e nel caso di individuazione di richiesta esplicita da parte dell'utente, definizione di un percorso di tirocinio con borsa lavoro presso aziende disponibili a realizzare tale esperienza.

Anche gli obiettivi dei tirocini possono essere molto diversificati da caso a caso (es.: orientamento, prima formazione, professionalizzazione e/o specializzazione, periodo di prova prima di un inserimento) perché vengono definiti in base alle molteplici variabili che possono emergere durante la definizione con l'utente del suo progetto individualizzato sostenibile, dalle caratteristiche dell'azienda e più in generale dalle condizioni del mercato del lavoro che si devono affrontare, in riferimento ad un territorio e ad un momento storico preciso.

L'esperienza dei tirocini prevede un continuo monitoraggio da parte del tutor interno del progetto *Step by Step* attraverso colloqui individuali con il tirocinante, contatti telefonici con il tutor dell'azienda, visite presso l'azienda ospitante e verifiche di gruppo quindicinali con gli altri tirocinanti. Attraverso tali attività, si intende verificare nel tempo il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto formativo riguardanti sia le competenze professionali quanto quelle trasversali quali: la puntualità, la costanza nel rendimento, il livello di autonomia, le capacità relazionali, ecc.

Terzo Obiettivo Generale: "promuovere la partecipazione attiva del mondo imprenditoriale, affinché indichi i profili professionali dei quali ha bisogno".

In questi ultimi anni la cooperativa FOLIAS ha sostenuto numerose iniziative territoriali per favorire l'integrazione delle risorse professionali, economiche e metodologiche, attraverso l'organizzazione di occasioni d'incontro e di scambio con tutti partner territoriali potenzialmente interessati allo sviluppo di strategie e di iniziative per favorire l'integrazione socio/lavorative delle fasce svantaggiate. Con alcuni Comuni e alcuni Centri per l'Impiego si sta cercando di coinvolgere anche il mondo imprenditoriale in iniziative che mirino all'informazione, allo scambio di informazioni e far capire le opportunità che vengono offerte alle aziende dai servizi come quello nostro. Per arrivare a questi obiettivi non è possibile prescindere dalla collaborazione tra tutti gli enti e i servizi territoriali preposti ed interessati ad interagire con il mondo economico e aziendale; sarà importante quindi, attraverso gli incontri di rete discutere su alcuni temi cruciali, come la condivisione delle metodologie, degli strumenti e delle buone prassi da adottare; le modalità di approccio e di conoscenza delle realtà aziendali dei vari territori; le strategie da attivare per conoscere le esigenze e i bisogni professionali delle aziende; le modalità di scambio con le aziende per rendere 'appetibile' le opportunità previste dal progetto, quali i tirocini, le borse lavoro, l'orientamento, la programmazione e il monitoraggio delle esperienze in azienda, il supporto consulenziale alle aziende per alcuni temi riguardanti le modalità d'inserimento lavorativo.

5. Modalità di integrazione con la progettualità territoriale (Piani di zona, iniziative ex FNLD, Piani Sanitari Locali, ecc.)

La Cooperativa sociale Foliass ha sempre sostenuto ed applicato il metodo e l'approccio integrato di rete e operando da diversi anni sul territorio di riferimento dell'intervento ha ottenuto diversi risultati in merito alla costituzione ed al consolidamento di partenariati territoriali, allo scopo di realizzare e migliorare in maniera sinergica e integrata i servizi attivati.

Tale approccio è stato da sempre applicato nel rispetto e nella valorizzazione delle professionalità e dei ruoli degli attori territoriali partecipanti alla rete.

Pertanto ad oggi la Cooperativa partecipa ad una rete consolidata di partenariato locale della quale fanno parte enti pubblici e privati, servizi territoriali della ASL, associazioni e cooperative del privato sociale, singole aziende, consorzi, associazioni di categoria e organizzazioni datoriali, sindacati.

Ciascuno di questi partner partecipa ormai da anni e a diverso titolo alla realizzazione delle iniziative destinate all'integrazione socio-lavorativa dei cittadini e delle persone appartenenti alle categorie svantaggiate.

Le collaborazioni attivate dai vari servizi e progetti a sostegno di diverse tipologie di utenza svantaggiata ci ha portato alla recente firma di un protocollo d'intesa promosso dalla Provincia di Roma, che ha come obiettivo principale quello di favorire la formazione, l'orientamento e l'inserimento lavorativo delle persone appartenenti alle categorie che con più difficoltà riescono ad entrare nel mondo del lavoro.

Il ***Protocollo d'Intesa per favorire l'orientamento, la formazione, l'inserimento socio-lavorativo delle persone in condizione di svantaggio nei territori dell'area Roma Nord/Nord est della Provincia di Roma*** firmato nel 2004 e coordinato direttamente dall'Assessorato alla Qualità della Vita dalla Provincia di Roma, promosso dal Comune di Monterotondo e dalle Cooperative Sociali Foliass e Il Pungiglione, consta dell'adesione delle seguenti realtà territoriali :

Provincia di Roma

Comuni di Monterotondo, Mentana, Fonte Nuova, Tivoli, Montelibretti, Fiano Romano, Palombara Sabina, Guidonia;

Centro per l'Impiego di Monterotondo

Centro per l'Impiego di Tivoli/Guidonia

Centro per l'Impiego di Morlupo

ASL RMG (CSM, SerT, TRSMREE)

Cooperativa Sociale Foliass, Cooperativa Sociale Il Pungiglione, Cooperativa Sociale Il Cammino, Associazione "Le Patriarche" di Palombara (ora "Dianova"), Cesv di Tivoli

CFP di Monterotondo

Realtà imprenditoriali: C.A.I.M.O. (Comprensorio Artigianale e Industriale di Monterotondo), Federlazio, Confesercenti di Monterotondo, Confcommercio di Monterotondo, Coldiretti, Azienda Pluriservizi di Monterotondo (AMA), CNA Impresa Sensibile, Coop. Pink Noiz Servizi per lo spettacolo (ora Memotek)

Sindacati: CGIL, CISL, UIL

La capitalizzazione del patrimonio di rete così costituito, dal nostro punto di vista, passa attraverso una serie di azioni volte alla stabilizzazione della struttura partenariale ed al consolidamento di una responsabilità condivisa circa l'investimento sociale che la promozione e lo sviluppo di servizi come questo rappresenta.

Le principali linee di azione che intendiamo perseguire in questo senso sono:

Promozione dell'intervento volta all'inclusione di nuove realtà ed istituzioni (Sindacati, altre associazioni di categoria, altre realtà produttive ed imprenditoriali ed altre realtà del terzo settore.

Cogliere congiuntamente opportunità di accesso ad altri filoni di finanziamento (Unione Europea, Regione Lazio, Provincia di Roma etc) attraverso la creazione di partenariati forti e credibili per la richiesta di finanziamento di azioni collaterali di valorizzazione e completamento dell'intervento (azioni formative specifiche, interventi di orientamento, altre azioni di inserimento lavorativo, azioni di sensibilizzazione del mondo imprenditoriale etc)

Sensibilizzare i Comuni e i Distretti Socio-Sanitari coinvolti nella rete attraverso l'apertura di tavoli di elaborazione congiunta per la promozione dell'intervento, la concertazione di possibili fonti di sostenibilità futura e l'eventuale inserimento delle attività nei corrispondenti Piani di Zona.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto è importante sottolineare che, dall'analisi delle tipologie di interventi e strutture già presenti ed attivate sul territorio della ASL RMG, emergono alcuni elementi in ordine alle linee di indirizzo nell'ambito delle politiche territoriali di sostegno all'inclusione sociale.

Si rileva una presenza significativa di azioni di promozione dell'inclusione socio-lavorativa di persone adulte in stato di disagio, in particolar modo nel Distretto RMG/1 nel quale il Comune di Monterotondo rappresenta una importante avanguardia in tema di applicazione di buone prassi a favore dell'inclusione sociale: tali azioni consistono nell'attivazione di Borse Lavoro e tirocini formativi in azienda che si rivolgono in larga misura ad un'utenza adulta portatrice di disagi di varia natura, come riepilogato nella tabella seguente.

6. Strategia per il coinvolgimento del mondo imprenditoriale

Il presente progetto Step by step si pone in stretta continuità con l'omonimo servizio già attivato dal 2000 ad oggi. In questi cinque anni di attività l'équipe ha già contattato circa 150 aziende, e di queste circa il 40% ha dato la disponibilità ad accogliere tirocinanti. Pertanto il nuovo progetto partirà sulle basi del lavoro di ricerca effettuata in questi anni attraverso un lavoro di contatto diretto con le imprese individuate attraverso una ricerca nei settori di mercato evidenziati attraverso il loro di orientamento con fatto con gli utenti. In questi anni sono stati realizzati dei tavoli territoriali, ai quali sono state invitate le rappresentanze imprenditoriali e sindacali soprattutto dei territori compresi tra Monterotondo e Tivoli, allo scopo di informare e di trovare occasioni di dialogo con gli imprenditori e con i loro rappresentanti sul servizio e sugli strumenti per favorire la formazione e l'inserimento lavorativo delle fasce svantaggiate. Pensiamo di riproporre tali occasioni d'incontri sui vari territori interessati, concordando le modalità con i Comuni, i Servizi per l'Impiego presenti nelle aree di riferimento del progetto e la FEDERLAZIO e il CNA Impresa Sensibile che hanno già dato la loro adesione in questa fase progettuale.

Il contatto e il coinvolgimento diretto delle ditte sarà realizzato attraverso le seguenti modalità:

- ricerca e coinvolgimento delle imprese attraverso il contatto, l'intermediazione e/o il supporto dei Centri per l'impiego e dei CILO presenti sui vari territori;
- ricerca mirata di imprese disponibili ad accogliere tirocinanti, nei settori professionali maggiormente evidenziati dal lavoro di orientamento con gli utenti;

collaborazione con le organizzazioni datoriali aderenti al partenariato per la ricerca di aziende, attraverso la proposizione di curricula di utenti in orientamento.

7. Ruoli, responsabilità e compiti operativi dei partner sull'attuazione del progetto

Partner	Responsabilità e compiti operativi
FOLIAS – Ente capofila	coordinamento del progetto; gestione operativa dell'équipe; coordinamento e governo della rete, responsabilità amministrativa e della rendicontazione
IL CAMMINO - Ente coattuatore	gestione operativa dell'équipe, supervisione dell'équipe, valutazione, rendicontazione amministrativa.

8. Modalità organizzative per il governo della rete

Il presente progetto rappresenta per noi un'opportunità preziosa per **ridefinire, ampliare, potenziare e rendere stabile la nostra RETE** in quanto aspetto fondante la nostra idea di intervento.

L'intervento proposto si iscrive in un discorso di sostanziale continuità rispetto alle buone prassi sperimentate sul territorio dal 1997 ad oggi; queste azioni si sono incentrate su una metodologia di lavoro in rete che ad oggi rappresenta una prassi consolidata di intervento.

La rete si costituisce di strutture appartenenti ai seguenti ambiti/settori operativi: i Ser.T, i Comuni, i Centri per l'impiego della Provincia di Roma, le strutture terapeutiche residenziali e non, le strutture pubbliche e del privato sociale che operano nel settore e realtà imprenditoriali del territorio.

La rete, in un intervento come quello proposto, si configura come il tessuto attivo che rende possibile la realizzazione dei processi; all'interno di essa le relazioni di fiducia e di collaborazione che si sviluppano rappresentano, più di ogni altra cosa, ciò che trasforma una rete formale in un coeso gruppo di lavoro.

Sulla base della sperimentazione realizzata gli obiettivi generali della rete possono essere così schematizzati:

Perseguire il più alto livello possibile di integrazione e di sinergia nella programmazione e nella gestione collegiale dei percorsi di reinserimento dei singoli beneficiari.

Costituire un laboratorio di elaborazione teorica e operativa finalizzata all'ottimizzazione dei risultati in termini occupazionali, riabilitativi e di promozione della qualità della vita della popolazione target.

Mettere a punto una strategia capillare di promozione dell'intervento, di ampliamento della rete, di sensibilizzazione del territorio e di diffusione dei risultati.

Attivare processi di comprensione ed analisi della realtà economica e culturale del territorio, delle risorse attive e latenti e delle sue potenzialità di sviluppo: promuovere azioni di potenziamento del capitale sociale locale.

Una rete che si ponga questo tipo di obiettivi ha naturalmente bisogno, per essere efficace, di ruoli e funzioni attentamente definiti e chiaramente esplicitati; di seguito si tenterà di schematizzare il complesso delle funzioni attribuite ad ogni sottosistema della rete.

Sottosistema sanitario a carattere terapeutico e riabilitativo

Di questo ambito fanno parte i Servizi per le tossicodipendenze, le comunità ed i servizi di trattamento del privato sociale.

Rappresentano il punto di riferimento per la segnalazione e l'invio dell'utenza, hanno la titolarità per tutto ciò che concerne la presa in carico terapeutica, si costituiscono come i referenti primari per gli aspetti diagnostici e trattamentali.

L'apporto di questo specifico sottosistema è di vitale importanza:

per una formulazione dei progetti di reinserimento che sia il più possibile rispondente alle specificità del caso e si integri, con maggior fluidità possibile, nella complessità degli interventi a carattere terapeutico;

per la riduzione dei rischi di drop out, per una efficace gestione delle ricadute e per garantire tempestivi interventi di contenimento e di elaborazione dell'ansia che l'inserimento lavorativo spesso determina.

Sottosistema sociale a carattere pubblico

Di questo ambito fanno parte i Servizi Sociali dei Comuni coinvolti nel partenariato.

Si costituiscono come il punto di riferimento per ciò che riguarda la presa in carico assistenziale dell'utenza; hanno inoltre funzioni di segnalazione ed invio.

L'apporto di questo specifico sottosistema è sostanziale:

per la concertazione dei singoli progetti di inserimento e l'integrazione armonica dell'intervento con altre forme di sostegno attivate dal Municipio.

per l'integrazione con altre iniziative attive sui territori (Piani di Zona)

Sottosistema formativo pubblico e privato

I Centri di Formazione Professionale coinvolti nella rete rappresentano il punto di riferimento per

la pianificazione di moduli di formazione da inserire all'interno dei progetti personalizzati di reinserimento;

la valutazione di eventuali invii a corsi di formazione specifici laddove se ne evidenzi il bisogno

la concertazione delle pratiche di tutoraggio e di valutazione delle esperienze di formazione

L'apporto in termini di conoscenza delle dinamiche del mondo del lavoro e delle figure professionali a maggiore occupabilità: quest'ultimo elemento assume una particolare valenza nella possibilità di pianificare azioni formative ad hoc che rispondano ai bisogni delle imprese e che possano così garantire esiti occupazionali di un certo rilievo.

Sottosistema dei servizi per il lavoro

I Centri per l'Impiego e la rete CILO del Comuni della Provincia sono strutture afferenti a questo sottosistema: il loro contributo è sostanziale per ciò che concerne

il reperimento ed il continuo aggiornamento delle informazioni in merito alle opportunità lavorative, formative e di creazione d'impresa presenti dal territorio.

la possibilità di offrire consulenza e servizi in presenza di progetti di creazione di impresa

il contributo teorico, metodologico e di conoscenza del mercato del lavoro

Sottosistema del lavoro a carattere privato e privato no profit

Rientrano in questo ambito le associazioni di categoria, i consorzi di cooperative sociali e, più in generale, tutte le realtà produttive che si riuscirà a coinvolgere attivamente nella rete. Questo sottosistema ha un ruolo primario

nell'orientare la programmazione dei percorsi di formazione e reinserimento fornendo essenziali elementi di conoscenza circa le esigenze delle imprese

nella promozione del servizio e nell'individuazione delle aziende da coinvolgere negli inserimenti lavorativi

nell'elaborazione di strategie, azioni formative ed interventi di inclusione lavorativa sempre più efficaci e sempre più interconnessi con il reale tessuto produttivo del territorio

Sottosistema sociale a carattere privato no profit

Rientrano in questo ambito le due Cooperative che si candidano alla realizzazione del progetto:

la Cooperativa FOLIAS e la Cooperativa "Il Cammino".

In questo assetto la Cooperativa FOLIAS ricopre il ruolo di capofila del progetto, sarà il responsabile tecnico-scientifico e gestionale-operativo dell'intervento e sarà tenuta a verificare la compatibilità di tutto il personale impegnato nel progetto. Per quanto riguarda invece la realizzazione delle attività previste, la Coop. Il Cammino partecipa alla realizzazione di tutte le fasi del progetto.

La gestione delle attività è demandata al gruppo di coordinamento, costituito da un elemento rappresentante di ciascun macrosistema coinvolto: tale gruppo ristretto si farà carico della parte organizzativa e di diffusione delle informazioni.

Le fasi di avvio delle attività di rete saranno caratterizzate, oltre che dalla costituzione del Tavolo di coordinamento, da una serie di operazioni preliminari ed essenziali per l'impostazione e l'organizzazione del network.

- Condivisione ed elaborazione della mission dell'intervento ai vari livelli cui si dipana
- Condivisione ed elaborazione degli obiettivi: ciò comporta la discussione congiunta degli obiettivi definiti in fase di progettazione, la declinazione degli stessi in azioni specifiche e l'eventuale individuazione di obiettivi aggiuntivi e realisticamente perseguibili.
- Individuazione delle risorse che ciascun nodo della rete intende impegnare nel progetto: sottoscrizione dei ruoli individuati in fase progettuale e rappresentazione dell'apparato strumentale a disposizione.
- Calendarizzazione delle attività in funzione degli obiettivi e pianificazione delle azioni
- Definizione di una modalità condivisa a livello delle procedure e dei metodi di comunicazione.

Le modalità con cui si gestirà la rete saranno le seguenti:

- convocazione mensile della riunione del Tavolo di Coordinamento per discutere delle problematiche operative, delle strategie da attuare e delle risorse da mettere in campo per raggiungere gli obiettivi previsti dal progetto;
- contatti telefonici tra gli operatori e i referenti dei partner territoriali sulle problematiche più operative;

- scambio di informazioni e materiali tra i partner attraverso mailing list (avvisi di lavoro, leggi, documenti, corsi di formazione, convocazioni di riunioni, incontri di formazione per operatori o utenti, strumenti, ecc.);
- organizzazione di tavoli tematici, seminari;

incontri di valutazione dell'intervento.

9. Modalità previste di costruzione dei percorsi di inserimento lavorativo

I progetti individuali di reinserimento, sono la traccia operativa per il dipanarsi delle successive azioni: ogni progetto è un'opera a se stante e delinea un percorso che è unico e costituito della più adeguata combinazione tra gli strumenti e le risorse disponibili. Come si è visto i destinatari diretti dell'intervento fanno riferimento ad una popolazione in realtà estremamente differenziata al suo interno in termini di effettivo coinvolgimento nella dipendenza, di compresenza di elementi aggiuntivi di fragilità sociale (detenzioni, malattie croniche, patologie psichiatriche etc) e di spendibilità ed entità del bagaglio formativo e professionale. La valutazione dei queste variabili e del loro combinarsi delinea modelli di intervento differenziati nelle metodologie, negli strumenti e negli obiettivi: di seguito cercheremo di delineare gli elementi distintivi di due "modelli" di costruzione dei percorsi di inserimento lavorativo così come sono andati definendosi nel corso di questi anni.

- **Persone con problemi di dipendenza in fase attiva, in trattamento presso i Servizi Pubblici e Privati del territorio (terapia sostitutiva, antagonista, programmi ambulatoriali o diurni), persone che manifestano una fragilità multidimensionale e pervasiva**

Per questo gruppo di persone il percorso di reinserimento dovrà essere accuratamente modulato sia per ciò che riguarda la tempistica sia per quanto concerne gli strumenti e le metodologie: elementi sostanziali per ridurre al minimo i rischi di drop out in questi casi sono:

1. la cura della fase di preparazione: i colloqui di orientamento e di bilancio di competenze devono essere incentrati primariamente sul rafforzamento della motivazione, sul sostegno e sulla valorizzazione delle risorse esistenti, sullo sviluppo della consapevolezza di sé e dei propri limiti, sull'individuazione delle aree d'interesse e sulla costruzione di una alleanza forte basata su un progetto condiviso e praticabile.
2. la formulazione di un programma di azioni che possano garantire l'acquisizione graduale di competenze di base (competenze relazionali, capacità di aderire alle regole proprie dei contesti sociali e lavorativi, conoscenza del territorio) e di competenze professionali spendibili
3. l'avviamento di un percorso di accompagnamento al lavoro, tramite tirocinio in impresa, in cui siano previsti frequenti rientri di verifica ed un intenso programma di tutoraggio on the job.

Le buone pratiche sperimentate in questi anni ci dicono che il rispetto scrupoloso della tempistica individuale e dei bisogni specifici della persona determinano esiti positivi

in termini di aumentata occupabilità: laddove il tirocinio non risulti determinante nella stabilizzazione lavorativa, l'intero percorso formativo e lavorativo ed il bagaglio esperienziale acquisito vanno a costituirsi come elementi propulsori che di fatto determinano un reingresso nel circuito del mercato del lavoro

in termini di aumento della motivazione all'abbandono dello stile di vita "dipendente": la partecipazione attiva ad un percorso di accompagnamento al lavoro aumenta di fatto la capacità di ritenzione in trattamento, limita gli effetti distruttivi delle ricadute e si costituisce come un punto di riferimento di riconoscimento e di integrazione sociale.

▪ **Persone in uscita da percorsi di trattamento e di riabilitazione; consumatori di sostanze di abuso a rischio di drop out sociale e/o abbandono scolastico**

In questi casi le possibili combinazioni di strumenti di reinserimento di cui si può andare a comporre il progetto individuale sono naturalmente maggiori. In base alle esperienze sperimentate molto spesso il percorso di orientamento stesso si caratterizza per il suo potersi strutturare come intervento indipendente che di per se stesso produce cambiamento; in molti casi tale fase del percorso assume la valenza di enzima che consente alle risorse personali latenti di coagulare attorno ad un progetto operativo di ricollocazione professionale da realizzare autonomamente.

A partire da queste considerazioni risulta evidente come molte di queste persone siano nelle condizioni di poter utilizzare il servizio in termini di orientamento ed informazione circa le opportunità lavorative e formative presenti sul territorio, matching tra domanda e offerta di lavoro, sostegno ed intermediazione con il mondo produttivo, tutoraggio ed azione di promozione della stabilizzazione occupazionale con le imprese (presenti o meno nel partenariato) per accedere ad un inserimento non protetto nel mondo del lavoro.

Naturalmente tale percorso non potrà verificarsi nella totalità dei casi e, per coloro che manifesteranno il bisogno di ulteriori azioni di sostegno, sarà opportuno valutare la possibilità di mettere in campo azioni specifiche di accompagnamento e di inserimento in impresa tramite tirocinio.

I due modelli di costruzione dei percorsi di inserimento lavorativo qui descritti possono essere considerati i due estremi di un continuum lungo il quale si vanno a collocare dimensioni come il grado di disagio, il livello di autonomia e la qualità della equipaggiamento di base propri dei singoli beneficiari dell'intervento; in questo senso è utile sottolineare che possono essere formulate numerose varianti dei modelli, risultanti da diverse combinazioni degli strumenti disponibili (formazione più o meno specialistica, tirocini di avviamento, tirocini di formazione, inserimenti diretti, tutoraggio, colloqui di verifica, gruppi di elaborazione, supporto alla ricerca attiva, orientamento più o meno intenso etc) e ritagliati secondo un criterio di congruenza e di equilibrio che mira a dare "a ciascuno secondo i suoi bisogni".

Invio/Accoglienza

Lo sportello di orientamento sarà realizzato settimanalmente presso le sedi messe a disposizione dagli enti locali di ogni distretto.

L'invio degli utenti sarà effettuato dagli enti invianti aderenti al partenariato agli operatori dello sportello con la seguente prassi:

- pubblicizzazione del progetto agli utenti da parte dei servizi/enti invianti
- primo contatto telefonico tra il referente e l'operatore per la segnalazione e lo scambio delle prime informazioni sull'utente da inviare
- invio di una SCHEDA DI SEGNALAZIONE allo sportello da parte del servizio/ente inviante
- primo contatto telefonico o diretto con lo sportello di orientamento da parte dell'utente per prendere l'appuntamento per il primo colloquio di conoscenza
- primo colloquio di accoglienza tra operatore ed utente per la conoscenza reciproca, accoglienza della domanda dell'utente, esplicazione della proposta d'intervento e del percorso ipotizzabile fatta dall'operatore, eventuali chiarimenti, eventuale riformulazione della domanda da parte dell'utente, adesione dell'utente al tipo di proposta, definizione del successivo appuntamento

Successivi contatti e incontri con il referente dell'ente inviante per scambi e approfondimenti del caso.

Orientamento

Le funzioni dell'orientamento

Come già in precedenza specificato l'intervento proposto si prefigge di creare un sistema complesso di azioni il cui obiettivo primario è quello di contrastare i processi che conducono da una condizione di svantaggio all'esclusione dai circuiti sociali, economici e culturali; un'idea fondante di questo tipo, da un punto di vista strettamente operativo, implica una programmazione delle azioni che tenga conto in modo prioritario delle esigenze specifiche di ogni singolo individuo preso in carico nel processo di formazione e reinserimento.

A tal fine le strategie di intervento si sono strutturate in modo da lasciare spazio alla raccolta ed all'elaborazione di quelle che sono le specificità, competenze, aspettative e peculiarità dei singoli in modo da poter agevolmente lavorare alla formulazione di progetti altamente individualizzati e specifici.

L'ottica che guida la programmazione del percorso di orientamento all'interno del servizio fa fondamentalmente riferimento al concetto di facilitazione e riattivazione delle risorse personali ed allo sviluppo dell'empowerment e del senso di autoefficacia e di autonomia.

Come si è già in precedenza sottolineato, il percorso di orientamento non si caratterizza più solo per la sua propedeuticità all'inserimento lavorativo ma anche per il suo potersi costituire come intervento autonomo che induce arricchimento ed acquisizione di nuovi strumenti.

A partire da queste considerazioni risulta chiaro come la differenziazione dei percorsi individuali determini un ulteriore aumento della complessità metodologica all'interno del servizio in quanto il lavoro di orientamento viene impostato in modo da offrire il massimo in termini di riattivazione delle risorse sommerse, di rilettura dei propri percorsi e di riappropriazione del diritto-dovere di progettare la propria vita; solo laddove questo tipo di intervento non si riveli sufficiente, quando cioè le persone manifestino il bisogno di ulteriore supporto ed accompagnamento, l'equipe interviene con l'attivazione di specifici percorsi di accompagnamento all'inserimento lavorativo.

Orientamento, empowerment, autoefficacia

Le strategie di orientamento sviluppate nell'ambito degli interventi gestiti in questi anni sono organizzate attorno ai concetti di empowerment e di sviluppo dei sentimenti di autoefficacia; in sintesi il processo si dipana attraverso il potenziamento della consapevolezza, della motivazione, della capacità di canalizzazione delle energie, della capacità di scelta e di autodeterminazione, della capacità di utilizzo di conoscenze, competenze e strumenti e consiste essenzialmente nella "costruzione di possibilità" da parte dell'individuo attraverso l'uso ottimale delle proprie risorse attuali o potenziali. Parallelamente a tutto ciò il lavoro di orientamento, attraverso una serie di step progressivi di verifica, determina un rafforzamento del senso di autoefficacia, cioè della stima globale che l'individuo sviluppa circa le proprie competenze, abilità, possibilità di modificare il reale e di determinare il proprio percorso personale. In un'azione di orientamento, lavorare sul sentimento di empowerment e di autoefficacia significa agire soprattutto in direzione di tre obiettivi fondamentali. Il primo di questi riguarda la *ricostruzione* ossia l'aiuto che deve essere portato alla persona per incoraggiarla a tirare fuori tutte le informazioni e le conoscenze già elaborate, al fine di rendere esplicite le rappresentazioni su di sé, sul lavoro e sul futuro; si cerca, quindi, di stimolare la persona ad esprimere il proprio punto di vista e la propria rappresentazione nei confronti delle risorse che ritiene di possedere.

Il secondo obiettivo è definito col termine di *allargamento*, in quanto si cerca di aumentare le conoscenze e la capacità di lettura della realtà, incrementando le informazioni e producendo nuove possibilità disponibili per il soggetto, rispetto a quelle da lui precedentemente identificate; scopo di questo secondo processo è soprattutto quello di introdurre nuovi punti di vista e di lettura della realtà che non erano stati presi in considerazione in precedenza. Il terzo ed ultimo obiettivo di chi vuole lavorare sul sentimento di empowerment e di autoefficacia riguarda il *coping*, ossia il tentativo di aiutare il soggetto nella costruzione e nell'elaborazione di teorie che lo aiutino ad affrontare con atteggiamento positivo un evento nuovo o una situazione particolarmente problematica.

Per quanto riguarda l'empowerment, questo non significa necessariamente un cambiamento, ma l'apertura di una possibilità in più dentro di sé, per poter scegliere basandosi su un più ampio spettro di opzioni. Perché possano aprirsi nuove possibilità è indispensabile che la persona attui un processo di "pensabilità positiva": sia in grado, cioè, di pensare a se stessa in una situazione diversa da quella attuale, immaginandosi in un contesto inedito rispetto a quello odierno.

Formazione

Nel periodo di orientamento si cercherà di definire insieme agli utenti quali siano le risorse e le potenzialità che potranno mettere in campo nella ricerca del lavoro, ma anche quali sono i deficit di competenze

professionali che dovranno essere colmati per proporsi efficacemente nel mercato del lavoro. In tal caso le strade percorribili potranno essere legate

- alla ricerca di opportunità formative proposte sul territorio
- utilizzare il tirocinio per acquisire delle competenze professionali direttamente in azienda

Sia per la prima che per la seconda ipotesi sarà importantissimo il lavoro di back office, di mappatura e di raccordo con la rete dei servizi di orientamento al lavoro territoriali.

Inserimento

E' importante a nostro parere, fornire ulteriori e più approfondite indicazioni circa uno degli strumenti che, nell'ambito delle esperienze realizzate, si è dimostrato uno dei più efficaci ai fini del reinserimento lavorativo della popolazione target: il tirocinio di formazione-lavoro.

La validità del tirocinio come metodologia principe nella transizione al lavoro di persone caratterizzate da una certa *fragilità sociale* è stata sperimentata, con risultati di rilievo, in interventi destinati a tipologie di utenza estremamente differenziate e, nell'ambito dei Piani di Zona Interdistrettuali, è stato ormai acquisito come l'*ingrediente base* della stragrande maggioranza degli interventi di inserimento lavorativo.

All'interno della pianificazione territoriale, il tirocinio di formazione-lavoro (spesso definito Borsa lavoro) rappresenta uno strumento di elezione in ordine all'obiettivo primario della riconversione di quella quota fissa della spesa municipale, destinata all'erogazione di sussidi economici, in incentivi all'occupazione che possano stimolare percorsi di autonomizzazione e di fuoriuscita dal circuito assistenziale.

Lo strumento del tirocinio di formazione lavoro

Questo strumento rappresenta, nel lavoro con questa specifica fascia d'utenza, una componente essenziale non solo per ciò che riguarda gli eventuali esiti occupazionali ma anche per ciò che concerne l'ottimizzazione dei risultati in ordine al più ampio obiettivo del reinserimento sociale. In questa dimensione il tirocinio si configura, sul piano dell'intervento individuale, come una opportunità di vivere un'esperienza positiva *dissonante* (in relazione alle consuete modalità del soggetto) in ambito sociale e lavorativo, si definisce quindi come elemento che sovverte le regole dell'autodesignazione (per il soggetto stesso ed il suo vissuto in relazione all'ambiente) e della marginalizzazione circolare (per quanto riguarda il contesto sociale di appartenenza). In altre parole è la concretezza dell'esperienza vissuta dagli attori in gioco e l'adeguatezza degli esiti che acquisiscono capacità di interferenza con la riproduzione dei meccanismi sociali di marginalizzazione progressiva e, nel singolo individuo, si rappresenta come una efficace disconferma dell'immagine di un Sé inadeguato. Presumibile esito di azioni di questo tipo è quello di instaurare un flusso di *energia* sociale positiva in controtendenza con la stagnazione inerte della riproduzione del pregiudizio.

Da un punto di vista pragmatico, l'inserimento in tirocinio, allo scopo di ottimizzare i risultati in termini di stabilità nel tempo dell'occupazione, ha luogo ponendo una grande attenzione ai seguenti elementi:

Necessità di acquisire personale da parte dell'azienda

Compatibilità del clima aziendale e dello stile di gestione con le caratteristiche specifiche, i punti di forza e quelli di debolezza del tirocinante

Analisi delle motivazioni che animano i sistemi in campo (il sistema azienda, il singolo tirocinante, l'equipe del progetto)

Possibilità di stabilire un'alleanza con il datore di lavoro e con il tutor aziendale per coinvolgerli in un metaprogetto che, andando oltre il semplice obiettivo formativo, si configuri come la sfida della trasformazione dei limiti in risorse, attraverso la costruzione di un'esperienza positiva forte ed importante che si costituisca come elemento fondamentale del cambiamento.

Il percorso di tirocinio si configura, per questa tipologia d'utenza, come un vero e proprio accompagnamento all'esperienza lavorativa al buon esito della quale contribuiscono tutti i soggetti coinvolti, ciascuno per il ruolo specifico (il datore di lavoro, in qualità di riferimento normativo; il tutor aziendale come trainer e formatore; il tutor di progetto per ciò che riguarda il sostegno psicologico ed il supporto all'elaborazione; il Servizio inviante e l'équipe del progetto come referenti ultimi della valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi).

L'attivazione del tirocinio, inoltre, necessita di una fase preliminare, costituita da una serie di incontri tra i vari attori in gioco; questo momento è molto importante in ordine all'obiettivo di pervenire con l'azienda ad una modalità condivisa di comunicazione e di gestione degli aspetti formativi e relazionali, di monitoraggio e programmazione.

Questo risultato, naturalmente, necessiterà di una certa negoziazione tra le parti che va modulata, di volta in volta, in funzione della particolare chimica che si va stabilendo tra gli attori in gioco, la persona in formazione ed il sistema complesso dell'azienda dove è inserito. In questo senso, il raggiungimento di modalità condivise si configura come un processo continuo che si dipana per tutta la durata dell'esperienza e che implica un'accurata calibrazione del progetto individualizzato di formazione e inserimento.

La fase dell'inserimento sarà gestita, sempre all'interno del percorso di orientamento, anche attraverso il sostegno dello sportello alla ricerca autonoma dell'utente.

Accompagnamento al Lavoro

Il tutor accompagnatore

Attraverso la formulazione del piano individuale di reinserimento, al tirocinante viene offerta la possibilità di confrontarsi con il meccanismo della scelta, divenendo parte attiva e determinante nella programmazione del suo personale progetto e potendo far conto sul sostegno, emotivo e di elaborazione, che il tutor è in grado di garantire. Il tutor entra in gioco fin dalle prime fasi dell'inserimento (ricerca aziende mirata) ed è a partire da questi primi momenti che si inizia a delineare la relazione tra utente e tutor in termini di empatia e di sostegno; obiettivo, su questo livello, è che la relazione si configuri in termini di fiducia, incoraggiamento, aiuto all'elaborazione e promozione dello sviluppo di una immagine del sé più flessibile e costruita su uno spettro di possibilità più ampio.

Nella relazione ed attraverso la relazione stessa, il percorso individuale di reinserimento si configura per l'utente come il frutto delle sue scelte individuali, nella mediazione tra desideri, attitudini e dati di realtà; appare evidente che una rappresentazione interna di questo tipo garantisce alti livelli di motivazione e di condivisione, aumentando notevolmente le probabilità di esito positivo dell'intervento.

Nello specifico le funzioni che il tutor garantisce nel suo lavoro di accompagnamento sono :

Agire da facilitatore nella lettura, elaborazione e ridefinizione dei vissuti degli attori in gioco

Effettuare regolarmente colloqui di verifica con il tirocinante, con il datore di lavoro e congiuntamente

Mediare rispetto ad eventuali conflitti in ambito lavorativo.

Mantenere i contatti con il referente del servizio inviante

Essere reperibili per il tirocinante e per l'azienda

Valutare precocemente le motivazioni e gli obiettivi delle parti in gioco (datore di lavoro e tirocinante)

Lavorare molto sull'aspetto formativo educativo rinforzando gli atteggiamenti positivi e ridefinendo in senso evolutivo gli aspetti problematici; l'esperienza formativa, in quanto tale, necessita dell'attivazione di processi che richiedono una dimensione temporale a volte estesa e di andamento non lineare.

Cercare di leggere i significati degli atteggiamenti distruttivi o disfattisti del tirocinante in un'ottica ampia che comprenda anche i movimenti del sistema (lavorativo e familiare); in questo senso risulta di estrema utilità stabilire delle sinergie di lavoro con il Servizio inviante.

Mantenere alto il livello di attenzione rispetto all'osservanza delle regole del tirocinio da parte dell'allievo.

L'operatore tutor, quindi, per poter portare a termine un compito di questo tipo deve possedere, oltre alle competenze professionali adeguate, caratteristiche umane che consentano l'instaurarsi di un rapporto, di una relazione significativa. Gli operatori che hanno il ruolo di accompagnatori all'interno dell'equipe del servizio sono stati scelti anche in funzione della capacità di mettere in gioco se stessi, il proprio stile emotivo e di relazione, i propri dubbi, le proprie certezze e la propria sensibilità.

Aldilà della specifica formazione, che è di prioritaria importanza (si tratta di psicologi, educatori professionali e sociologi) è utile specificare che non esiste un "operatore tipo" ma una serie di caratteristiche che riteniamo fondamentali per chi si assume questo compito e sulle quali riteniamo indispensabile curare un buon livello di formazione.

Sensibilità: l'operatore dovrà essere in grado di comprendere ed elaborare i sentimenti negativi e positivi che si generano in una situazione lavorativa e renderli strumenti di lavoro.

Fiducia: poter considerare l'allievo ma anche il datore di lavoro o eventuali colleghi come depositari di proprie risorse positive, tentare di farlo uscire da una designazione e da un'immagine stereotipata di "tossicodipendente".

Empatia: dovrà essere capace di stabilire nel minor tempo possibile un rapporto capace di trasmettere un'immagine di affidabilità e di garanzia dal punto di vista della relazione e presentarsi come un chiaro punto di riferimento.

Pazienza: dovrà avere la capacità di rispettare i tempi evolutivi di ogni singolo tirocinante.

Capacità di analisi e conoscenza delle dinamiche esistenti all'interno di quella specifica relazione, dei processi di ridefinizione dell'identità, di lettura dei bisogni e di capacità di dosare gli interventi in funzione dei tempi e dei modi più opportuni.

Capacità di mantenere la giusta distanza emotiva evitando identificazioni o rigidità non funzionali agli obiettivi dell'intervento.

Il "nostro" operatore dovrà, in sintesi, essere in grado di costruire un intervento che privilegi la relazione ed attraverso essa faciliti il processo di cambiamento degli stili di vita con particolare riguardo allo sviluppo delle capacità individuali. L'accompagnatore tutor dovrà inoltre essere in grado di:

mediare tra le aspettative dei datori di lavoro e le possibilità concrete di realizzazione delle stesse;

trasmettere e modulare insieme al formatore le richieste da fare seguendo un percorso di inserimento modulato sulle esigenze dei tirocinanti;

svolgere funzione di contenimento delle ansie di coloro che, tra i datori di lavoro, dimostrano eccessiva partecipazione emotiva.

Infine sarà indispensabile:

la conoscenza delle risorse del territorio in cui si opera con particolare riferimento a servizi ed agenzie legate al mondo del lavoro;

L'esperienza di rapporti con le istituzioni con particolare riferimento al lavoro svolto dai Servizi invianti.

MODALITÀ PREVISTE DI INVIO, ACCOGLIENZA, ORIENTAMENTO, FORMAZIONE, INSERIMENTO ED ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO

Perché il metodo di lavoro insito nell'intervento proposto possa risultare chiaro nella sua complessità è necessario sottolineare che, all'interno del modello elaborato in questi anni, la prassi di lavoro si esplica sui due versanti integrati ed inscindibili: le azioni che coinvolgono il territorio e i destinatari intermedi (attività di base) e le azioni che coinvolgono direttamente i destinatari finali.

ATTIVITÀ DI BASE: L'efficacia dell'insieme di interventi si fonda, primariamente, su una serie di attività continuative e capillari volte alla cura e all'ampliamento delle attività della rete, all'individuazione delle informazioni ed al loro continuo aggiornamento.

Mappatura del territorio diretta al coinvolgimento di un numero sempre maggiore di strutture operanti nei settori sanitario, sociale, della formazione e del lavoro. L'individuazione puntuale delle risorse disponibili, in questo senso, è un'attività assolutamente imprescindibile da cui dipendono in buona misura gli esiti della globalità degli interventi. In particolare un settore specifico di questo ambito di lavoro si occupa della ricerca e dell'individuazione delle aziende disponibili a collaborare con il progetto per ciò che riguarda l'offerta di opportunità di occupazione stabile o per la realizzazione dei progetti di formazione lavoro (ricerca aziende mirata).

Attività di combinazione e connessione tra domanda e offerta di lavoro, ricerca informazioni in merito ad opportunità lavorative e formative, studio della legislazione

Attività di coordinamento del network: organizzazione degli incontri del gruppo di progetto, mantenimento della circolarità della comunicazione, contatti con i servizi invianti, concertazione circa i progetti individualizzati di reinserimento.

Riunioni d'equipe: a cadenza settimanale, mirate alla pianificazione delle azioni, all'elaborazione metodologica, all'analisi degli esiti dei percorsi di orientamento, all'elaborazione dei progetti individuali ed alla valutazione delle risorse da coinvolgere.

Attività di monitoraggio e valutazione: affidata ad un esperto esterno e realizzata attraverso l'utilizzo di strumenti elaborati ad hoc nel corso di questi anni.

ATTIVITÀ DIRETTE AI DESTINATARI FINALI:

Invio: le strutture precedentemente citate come facenti parte del sistema sanitario e/o sociale, pubblico e del privato sociale, costituiscono il sistema di invio del progetto. Il lavoro di rete e la condivisione della metodologia di intervento e degli obiettivi favorisce le comunicazioni, il coordinamento sinergico tra aspetti terapeutici e di reinserimento socio-lavorativo e la condivisione delle modalità di invio. Lo strumento formale utilizzato in questo passaggio è la "scheda di segnalazione" ove vengono sintetizzati dalla struttura di provenienza le caratteristiche del caso in termini di percorso di trattamento, diagnosi, esperienze formative e lavorative. L'invio della scheda è il punto di avvio di una serie di contatti di approfondimento e della discussione congiunta sul caso in sede di gruppo di progetto.

Accoglienza e informazione: presentazione del servizio e informazione in merito alla tipologia delle prestazioni offerte; prime indicazioni in merito alle opportunità disponibili, possibilità di

autoconsultazione dei giornali specializzati, uso del computer etc.

Orientamento e bilancio delle competenze: concertazione del percorso con l'utente, ricostruzione e rielaborazione dei percorsi socio-lavorativi e dei vissuti in questa area, bilancio delle competenze, pianificazione di un progetto personalizzato di ricerca di lavoro, formazione e/o inserimento lavorativo, attribuzione di un tutor, invio a corsi di formazione specifici ed adeguati ai bisogni dei singoli, supporto alla ricerca attiva del lavoro ed intermediazione con il mondo del lavoro, attivazione dei percorsi formativi di orientamento di gruppo, analisi e consulenza preliminare con successivo invio a specifici servizi partner presenti sul territorio in presenza di progetti di creazione di impresa.

Inserimento/accompagnamento al lavoro: i progetti individuali di inserimento lavorativo si dipanano, in funzione delle singole situazioni di dipendenza, lungo due direttrici primarie:

l'inserimento diretto in impresa realizzato sulla base del matching tra domanda e offerta di lavoro, l'intermediazione con le aziende ed il sostegno alla ricerca attiva del lavoro: in questi casi il coinvolgimento di associazioni di categoria come la CNA, e la FEDERLAZIO sarà centrale per la raccolta di informazioni circa offerte di lavoro e imprese in cerca di personale. Il Centro per l'impiego inoltre, assieme ai CILLO territoriali potranno largamente arricchire questo bagaglio informativo integrandolo anche con informazioni specifiche in merito a avvisi di preselezione per il collocamento delle categorie protette ed altre offerte di lavoro.

l'accompagnamento al lavoro attraverso tirocinio realizzato attraverso la ricerca aziende mirata (realizzata sia all'interno delle opportunità offerte dalla rete sia attraverso l'individuazione sul territorio di nuove realtà imprenditoriali da coinvolgere nel programma), la stipula di convenzione e piano formativo, il tutoraggio on the job ed i colloqui individuali di verifica.

In entrambi i casi le modalità di realizzazione comprendono anche: colloqui individuali di preparazione e di supporto in itinere ed attivazione dei moduli di sostegno di gruppo e di monitoraggio degli inserimenti.

Promozione della stabilizzazione lavorativa al termine del tirocinio: di questo ambito di intervento fanno parte tutte quelle azioni di mediazione e di consulenza il cui obiettivo è quello di pervenire ad una stabilizzazione occupazionale del tirocinante. La consulenza in merito alle tipologie contrattuali previste dalle norme vigenti ed agli sgravi fiscali e contributivi cui è possibile accedere fa parte di questa tipologia di azioni. Fa parte di questa tipologia di azioni anche il tutoraggio post tirocinio: una modalità di sostegno e monitoraggio prevista nei casi di trasformazione del tirocinio in rapporto di lavoro: questo tipo di intervento è indispensabile sia per rassicurare l'azienda circa la possibilità di avere un punto di riferimento in caso di difficoltà, sia per verificare l'evoluzione del rapporto di lavoro.

PIANO OPERATIVO

Il servizio di orientamento del progetto Step by Step andrà in continuità con quello esistente, avente la propria sede operativa presso il Comune di Tivoli a disposizione dai Servizi Sociali. Il servizio prevede attività di front office il lunedì e il mercoledì, e di back office il martedì, il giovedì e il venerdì per la mappatura, la ricerca aziende, il tutoraggio, i rientri di verifica con gli utenti, le riunioni dell'équipe, incontri di supervisione dell'équipe, gli incontri con la rete dei partners, l'organizzazione di momenti formativi, work shop, seminari e varie iniziative legate ai temi affrontati dal progetto.

Piano finanziario generale del Progetto STEP BY STEP - DISTRETTO RMG3**14. Voci di spesa**

1. Spese per personale	n. addetti	Ore	Costo unitario	Totale
		(quantità)		
1.1. Coordinamento e Supervisione				
Coordinatore progetto	1	250	18,00	4500,00
1.2. Consulenti				
Psicologo supervisione equipe	1	12	50,00	600,00
1.3. Operatori di base				
1.4 operatori professionali (orientatori/tutor)				
Psicologo/sociologo/Educatore/Tutor	2	1200	16,00	38.400,00
Totale Spese del Personale				43.500,00
2. Spese per Attrezzature	Tipologia	Quantità	Costo unitario	Totale
2.1.Spese di funzionamento				
(noleggio, locazione, ammortamento, manutenzione, beni strumentali relativi al progetto)				
2.2.Acquisto materiale ed attrezzature				

2.3.Manutenzione delle attrezzature				
2.4.Leasing delle attrezzature				
2.5.Ammortamento delle attrezzature	PC e stampanti	1	150,00	150,00
Totale Spese per Attrezzature				150,00
3. Spese di Gestione	Tipologia	Quantità	Costo unitario	Totale
3.1.Spese per locali	Utenze, luce, gas telefono e connessione internet	12 mesi		2.000,00
3.2.Materiale di consumo	Cancelleria, indumenti protettivi per i tirocinanti			1.000,00
3.3.Spese amministrative				
Responsabile amministrazione e rendicontazione	1	150	16,00	2.400,00
Totale Spese di Gestione				5.400,00
4. Spese di viaggio, vitto e alloggio	Tipologia	Quantità	Costo unitario	Totale
4.1.Spese di trasporto	Spese di trasporto operatori per tutte le attività del progetto	3000 Km in 12 mesi 3 operatori	0,3	900,00
	Spese di trasporto dei tirocinanti	Media di 5 tirocinanti	60,00	300,00
4.2.Spese di vitto e alloggio				
Totale Spese di viaggio, vitto e alloggio				1.200,00

5. Spese di divulgazione	Tipologia	Quantità	Costo unitario	Totale
5.1. Spese per elaborazione materiale informativo	Elaborazione stampa materiale	300	1	300,00
Totale Spese di divulgazione				300,00
6. Altro				
Indennità di tirocinio	Media di 5 utenti	Media di 500 ore per tirocinio	4,5	11.250,00
Assicurazione RCT tirocinanti e INAIL		Media di 5 tirocinanti	40,00	200,00
Totale Altro				11.450,00
TOTALE SPESE				62.000,00

Progetto

Peer Education

Ente: Comune di Tivoli

Anno di riferimento: 2008

1. Soggetto capofila: Comune di Tivoli

2. Soggetti partecipanti e loro compiti: Cooperativa Sociale FOLIAS

3. Luogo di attività:

Verranno utilizzati locali scolastici e sedi operative di associazioni e cooperative.

4. Durata dell'intervento: 12 mesi

5. Livelli del progetto: Distrettuale (RM G3)

6. Tipologia Utente: I destinatari diretti interessati dall'intervento proposto risultano essere diversificati a seconda del tipo e della modalità di consumo delle sostanze legali e/o illegali, comunque, l'età è compresa all'incirca fra i 14 e i 34 anni.

Il presente intervento coinvolgerà principalmente:

- peer-leader già formati ed attivi sui territori del Distretto interessato,
- giovani che non frequentano i circuiti scolastici, ma che verranno contattati attraverso un lavoro di unità di strada nei luoghi di aggregazione informali;
- studenti individuati come nuovi peer-leaders che saranno di supporto al gruppo già esistente;
- docenti e genitori degli Istituti scolastici coinvolti;
- rappresentanti delle associazioni del territorio
- la rete (referenti scolastici, referenti centri di formazione professionale, rappresentanti dei genitori, servizi socio sanitari del territorio...)
- gestori di pub discoteche, bische

7. Denominazione progetto: Progetto PEER

8. Descrizione del progetto

Principi generali della peer education

Il progetto ha come obiettivo generale la prevenzione e il contenimento del disagio adolescenziale. Consiste in un intervento di sistema che parte dal presupposto dell'importanza di una fattiva sinergia delle azioni di tipo psicologico ed educativo, nonché degli ambienti scolastico ed extrascolastico.

Il tema di lavoro è la prevenzione dell'uso ed abuso di sostanze, fenomeno essenzialmente sintomatico di una situazione di disagio, molto spesso temporaneo (legato all'età adolescenziale), o in alcuni casi più profondo. Il principio è quello della prevenzione del disagio attraverso la valorizzazione delle risorse e delle competenze individuali e del gruppo, e dell'offerta di opportunità di crescita, riflessione, accrescimento dell'autostima e della consapevolezza.

La metodologia utilizzata è quella dell'empowered peer education. . Ci si basa sull'idea che, in termini di prevenzione, la relazione tra coetanei è più efficace della relazione tra persone di generazioni diverse, e si lavora quindi sulla formazione di giovani peer-leader, come operatori di avanguardia presso i propri coetanei. Il ruolo del peer-leader non sarà quello di informare, ma più che altro di proporre attività aggregative, culturali, ricreative, soprattutto nei contesti in cui mancano delle opportunità per i giovani. Fondamentale è la fase di ricognizione dei bisogni e delle esigenze dei giovani e la valorizzazione delle loro competenze e risorse, tendendo a stimolare il protagonismo giovanile e la partecipazione dei giovani alla vita della comunità. La comunità di cui ci si occupa primariamente è il contesto scolastico, ma non mancheranno iniziative destinate all'extrascuola, ed al coinvolgimento dei ragazzi che sono fuori dai circuiti scolastici e della cittadinanza in generale.

Parallelamente si rende necessaria la costruzione ed il mantenimento della rete delle istituzioni che a vario titolo si occupano di adolescenti e giovani (scuole, comuni, asl, associazionismo), perché si lavori in sinergia e con metodologie comuni sul fenomeno in questione. Il mantenimento del senso del lavoro sarà dato anche da momenti di formazione che coinvolgeranno gli adulti referenti delle istituzioni ed i genitori.

Principi generali dell'unità di strada

La finalità del lavoro dell'unità di strada è quella di avvicinare le diverse fasce della popolazione bersaglio al fine di tutelarne la salute ed individuarne i bisogni collegati all'uso e abuso di sostanze legali e illegali, nonché favorire e incoraggiare i soggetti a fare il punto sul proprio stile di vita e sulla relativa esposizione al rischio stimolando processi di empowerment, attraverso l'acquisizione e l'utilizzo di risorse ambientali e personali.

Il lavoro di Unità di strada per le sue caratteristiche operative flessibili, informali, attenta ai cambiamenti di linguaggio, di abitudini e di stili di consumo permette di allacciare una relazione comunicativa con quella tipologia di utenza rappresentata sia da quei consumatori occasionali, con una identità tossicomana non strutturata, sia da consumatori continuativi che per timore di manifestarsi o di sottovalutazione del problema non afferiscono ai servizi rivolti alle tossicodipendenze. Per favorire questo percorso di avvicinamento ai servizi e alle risorse del territorio è necessario abbassare la soglia e rimuovere gli ostacoli che non permettono l'incontro, sia essi di natura burocratica, sia di natura relazionale o di strategia dalle presa in carico.

Il lavoro di prevenzione e di riduzione dei rischi è volto al contenimento dell'uso di sostanze (soprattutto droghe sintetiche ed alcool) da parte di quella popolazione giovanile che, in misura sempre più significativa, si avvicina alle droghe ricreative: il costante aumento della diffusione delle sostanze cosiddette "ricreative" tra i giovani, la scarsità delle informazioni in loro possesso sulle caratteristiche di tali sostanze e la trascurata noncuranza dei rischi che possono derivare dall'utilizzo, anche combinato e congiunto all'abuso di alcool, di tali sostanze, uniti al carattere trasversale del fenomeno che coinvolge molti giovani senza distinzioni di carattere socio-demografico, rendono sempre più necessario un intervento di tipo socio-culturale volto all'aumento delle informazioni e della consapevolezza personale di chi, per vari motivi, si avvicina all'uso ed all'abuso delle sostanze psicotrope, pur non strutturando un'identità tossicomana. Il presente progetto,

pertanto, intende incontrare i consumatori di sostanze stupefacenti nella strada e proporre loro modalità più flessibili e più fruibili di intervento, allo scopo di contenere la diffusione di infezioni da HIV ed epatiti, di offrire informazioni sull'accesso ai servizi e di offrire una prima consulenza per favorire il riconoscimento dei bisogni.

Realizzare con efficacia un intervento di prevenzione richiede inevitabilmente il coinvolgimento di tutta una serie di attori del territorio, istituzionali e non, quali famiglie dei ragazzi/e, le agenzie educative e formative del territorio e più in generale tutte le figure adulte di riferimento che condizionano comportamenti e stili di vita di adolescenti e giovani.

Motivazioni

La presente proposta è motivata dalla volontà di ampliare la gamma di interventi di prevenzione presenti sul territorio del distretto RMG3 e di favorire l'integrazione tra le realtà esistenti che operano sullo stesso territorio. Il presente progetto si rivolge direttamente agli adulti (docenti, genitori, operatori dei servizi sanitari pubblici, istruttori di palestra, gestori di locali etc.), punto di riferimento fondamentale per la prevenzione del disagio giovanile.

E' un progetto che intende lavorare sull'integrazione e l'ampliamento di quanto già esiste sul territorio in termini di prevenzione, e sul mettere in rete tutti gli enti (pubblici e non) che lavorano alla promozione dell'agio e della qualità della vita dei giovani del territorio.

La caratteristica del presente progetto è proprio quella di prestare invece maggiore attenzione al territorio del distretto RMG 3, lavorando all'individuazione dei bisogni ed alla implementazione della rete che possa farsi carico delle domande del territorio.

La finalità generali del progetto:

La finalità del progetto è quella di prevenire e ridurre i rischi legati al consumo delle sostanze psicotrope tra i giovani, in particolare cocaina e alcol e la creazione di una forte rete territoriale che sappia mettere in comune le proprie risorse e stimolare nuove riflessioni e nuove metodologie rispetto alla promozione dell'agio dei giovani e alla prevenzione dei rischi legati al consumo di sostanze.

Gli Obiettivi generali del progetto:

- Diffondere maggiori informazioni, o informazioni corrette, sulle sostanze psicotrope con particolare attenzione ai policonsumi, all'alcol, alla cocaina, all'aspetto legale ed ai rischi conosciuti derivanti dall'uso e dall'abuso.
- Rafforzare il lavoro di rete tra i servizi presenti sul territorio
- Offrire opportunità ai giovani per realizzare desideri ed idee, gestire spazi ed eventi, nell'ottica di "fare prevenzione" offrendo opportunità per progettare la propria vita, per facilitare le relazioni, per aumentare l'autostima, per acquisire strumenti necessari alla costruzione del proprio benessere.

Per lavorare su questi temi sono state individuate alcune azioni a supporto ed ampliamento di quanto esiste già sul territorio, azioni che, proprio perché realizzate in integrazione con i progetti già esistenti potranno usufruire di tutte le azioni di sistema che svolgono i progetti in atto (programmazione, riunioni d'equipe, formazione, supervisione, valutazione).

Il progetto intende realizzare, in continuità con le annualità precedenti:

a) *L'unità di strada*

Il lavoro dell'unità di strada è qualcosa che ci permette di stare nel quotidiano, stare dove stanno i ragazzi, in punta di piedi, nel rispetto del loro spazio e con gli occhi e le orecchie aperte. Vuol dire che andiamo nelle piazze, nei muretti nei loro luoghi di svago e ci confrontiamo con loro in un'ottica di ascolto, curiosità e accoglienza, parliamo di sostanze ma non solo.

b) Partecipazione ad eventi del territorio

Oltre alle unità di strada il nostro lavoro lo svolgiamo anche durante le feste, le sagre, nelle piazze e nei pub e in tutti quei luoghi che noi definiamo extra, che vanno oltre il quotidiano.

Se la mappatura è il racconto del territorio, le unità di strada rappresentano il quotidiano dei ragazzi, la partecipazione agli eventi ci permette di ***stare anche nello straordinario***.

Solitamente questo straordinario è il fine settimana, è il periodo estivo e principalmente la notte.

Durante gli eventi possiamo raggiungere un numero di persone maggiore rispetto all'uds anche se la relazione con i ragazzi è più fugace poiché in quel momento l'attrazione è l'evento in sé.

Ma la nostra presenza non perde di efficacia proprio perché ci permette di stare dove presumibilmente c'è il consumo di sostanze e quindi è possibile fare interventi non tanto di prevenzione ma di riduzione dei rischi.

Per questo è importante stare sia nelle uds che negli eventi.

c) Formazione peer leader nella scuola

L'attività che noi definiamo di formazione dei peer leader è trasversale sia all'unità di strada che ai gruppi informativi; i nostri PEER ***sono i leader dei vari gruppi che abbiamo incontrato***, a volte già riconosciuti e definiti dai gruppi stessi, a volte eletti in base all'interesse.

Abbiamo sviluppato con loro una relazione forte, ci riconoscono come punti di riferimento per loro stessi mentre con i gruppi di appartenenza curano loro la relazione.

d) I gruppi informativi (anche a scuola)

I nostri gruppi informativi sono di due tipi:

Con attori del territorio che provengono da diverse esperienze e realtà che hanno desiderio o necessità di proporsi sul loro territorio come riferimenti sulle sostanze intereventi non solo di informazioni ma anche e soprattutto di riflessione e progettazione di attività specifiche sul territorio

Con gruppi giovanili strutturati (associazioni giovanili, gruppi scout, comunità giovanili) interventi di informazione, prevenzione, aumento della consapevolezza e scambio di informazioni.

Spesso il gruppo del punto uno è susseguente all'altro.

I gruppi li abbiamo strutturati ogni volta in base al contesto, con metodologie incentrate sul gioco e l'attivazione dei partecipanti; le tematiche prevalentemente affrontate sono state:

- informazioni sulle sostanze e salute
- consapevolezza/inconsapevolezza
- stili di consumo, uso/abuso, policonsumo, piacere, ordinario/straordinario
- progettazione congiunta di attività future: dall'organizzazione di gruppi informativi con altri ragazzi del territorio alla realizzazione di interventi congiunti

Ogni gruppo si è caratterizzato intorno ad uno o più tematiche.

e) Formazione operatori dei servizi pubblici, insegnanti e genitori

Il percorso si propone di affrontare e stimolare una serie di temi di discussione nodali rispetto al fenomeno del disagio adolescenziale, della dispersione scolastica legata soprattutto a comportamenti di devianza ed all'uso di sostanze. Si lavorerà per aiutare gli insegnanti ed i genitori ad elaborare un linguaggio comune e ad affrontare congiuntamente i problemi nella gestione del rapporto tra loro e gli studenti/figli.

Chiaramente si immaginano i partecipanti al percorso come soggetti attivi nella disseminazione di riflessioni e strumenti di lavoro sul tema nella propria specifica realtà.

Gli obiettivi del percorso sono:

- Acquisire alcuni elementi teorici relativi al tema della dispersione scolastica
- Favorire il confronto l'incontro e la costruzione di un linguaggio condiviso tra i diversi partecipanti
- Favorire la creazione di una rete che lavori sulle problematiche adolescenziali/giovanili
- Costruire una griglia di osservazione delle relazioni all'interno del gruppo classe
- Acquisire competenze per captare segnali di disagio e segnali di richiesta d'aiuto da parte degli adolescenti
- Acquisire informazioni corrette sulle sostanze psicotrope modificando le possibili informazioni scorrette già acquisite con particolare attenzione al policonsumi ed all'alcol, all'illegalità ed ai rischi conosciuti derivanti dall'abuso e dall'uso

Il percorso si articolerà in incontri teorici differenziata seconda dei destinatari. Saranno altresì organizzati incontri di confronto e conoscenza con gli enti (pubblici e privati – centro per la famiglia, consultori, servizi sociali dei comuni, associazioni di genitori, servizi di prevenzione tossicodipendenze, etc) che a vario titolo si occupano dei temi affrontati nel percorso, tali incontri potranno essere organizzati anche sotto forma di “visita guidata” presso i servizi interessati. Si tratta, quindi, non solo di un corso di formazione ma di un vero e proprio percorso di accompagnamento, nel quale i partecipanti saranno chiamati a confrontarsi sulla teoria e successivamente impegnati nella costruzione di strumenti da condividere ed utilizzare per mettere in pratica quanto appreso negli incontri teorici. In modo trasversale il gruppo usufruirà di momenti di supervisione nei quali si utilizzerà prevalentemente la tecnica del problem – solving per lavorare sulle reali situazioni problematiche. Gli incontri con i servizi sono propedeutici alla creazione di un tavolo di rete su questi temi.

La metodologia adottata nel percorso valorizzerà l'esperienza dei partecipanti e si propone di promuovere l'interattività, la ricerca-azione e lo sviluppo di successivi percorsi di autoformazione. Saranno utilizzate metodologie d'aula interattive quali brainstorming, simulate, role-playing, uso della metafora, studio di casi.

I contenuti dei momenti formativi corso saranno i seguenti:

- L'adolescenza
- La dispersione scolastica: cause e conseguenze
- Le sostanze psicotrope : vecchi e nuovi consumi e aspetti legali
- Approfondimento di esperienze di prevenzione eccellenti realizzate in Italia
- Costruzione della griglia di osservazione
- Il problem-solving: tecniche per la risoluzione di problemi nel gruppo di lavoro
- Il lavoro di rete

f) Organizzazione di eventi

L'organizzazione di eventi territoriali è un processo che coinvolge i peer leader in tutte le sue fasi, dall'ideazione alla realizzazione vera e propria.

L'evento ha la finalità generale di garantire la maggiore visibilità al progetto ed ai prodotti realizzati al suo interno (video, mostre fotografiche, fumetti), ma è anche una grande opportunità per i ragazzi di sperimentarsi in un percorso di progettazione partecipata e di utilizzare gli strumenti acquisiti nell'arco dell'intero progetto.

L'organizzazione di un evento territoriale diventa anche l'occasione per "dare voce" a tutti quei ragazzi che hanno difficoltà (soprattutto nei territori della Provincia) a trovare occasioni per esprimere sé stessi e le proprie potenzialità (adolescenti che suonano, giovani artisti, associazioni giovanili che promuovono le proprie attività). E' inoltre un modo perché i giovani incontrino con una "veste" diversa, quella di organizzatori e promotori, non solo di fruitori, gli altri cittadini del loro territorio: a partire dagli amministratori, con cui si interfacceranno durante la fase di preparazione, fino ai tecnici con cui collaboreranno durante la realizzazione.

L'evento territoriale non è quindi solo un risultato finale e maggiormente visibile del progetto, ma la sua organizzazione accompagna tutto il percorso e scandisce le fasi di crescita dei peer -leader e del gruppo.

g) promozione di una rete

Nelle équipe di lavoro è maturata una forte consapevolezza dell'importanza del lavoro di rete che per essere proficuo deve tenere presente la necessità di conoscersi e ri-conoscersi, vale a dire attivare un ***processo costante di conoscenza delle reciproche competenze***. All'interno di questa prospettiva diviene possibile sviluppare una lettura partecipata, non unilaterale, dei bisogni dell'utenza, un confronto sull'idea che ogni soggetto esprime e sulla funzione che ciascuno è disponibile a sviluppare in un progetto integrato.

Attività di accompagnamento alla realizzazione del progetto:

- Elaborazione dati mappatura
- Riunione settimanale équipe
- Supervisione mensile
- Valutazione
- Organizzazione seminari
- Riunione mensile di rete
- Elaborazione materiali informativi
- Elaborazione di un report conclusivo

10. Risultati e impatti previsti:

I risultati attengono a due livelli, quello relativo alla rete istituzionale e quello relativo ai giovani.

Rete istituzionale

- costruzione e/o implementazione della rete;
- adozione di metodologie condivise ed implementazione di metodologie già avviate
- diffusione delle procedure condivise a livello territoriale
- realizzazione di interventi che confermano la buona pratica e garantiscono continuità in termini qualitativi
- Dare continuità alla rete esistente avviata dalle precedenti edizioni del progetto

Popolazione giovanile

- popolazione giovanile più informata e consapevole rispetto al tema specifico
- giovani sensibilizzati sui rischi legati all'uso di sostanze stupefacenti, nonché destinatari indiretti coinvolti attivamente
- costituzione del gruppo dei peer-educators all'interno di ogni istituto
- costituzione di un gruppo di peer-educator, con ragazzi provenienti da contesti extrascolastici (associazioni giovanili, associazioni sportive, Cag)
- attività promosse e gestita dal gruppo dei pari
- integrazione delle iniziative in favore dei giovani con la progettualità dei servizi territoriali e delle scuole
- Favorire percorsi di crescita dell'autostima e di consapevolezza del proprio benessere psicofisico volti a favorire un percorso di modifica dei comportamenti
- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei giovani rispetto all'adozione di comportamenti e stili di vita a rischio legati all'uso di sostanze legali e illegali;
- Aumento della capacità di fruizione delle risorse territoriali da parte di quei giovani che vivono in condizioni di marginalità e di disagio psicosociale

10. Figure professionali coinvolte:

L'èquipe di lavoro è composta da sociologi, psicologi e operatori di strada.

11. Elenco Comuni interessati: i comuni del Distretto RMG 3

12. Numero abitanti interessati:

13. Costo totale del progetto:

Voci di spesa Progetto "Peer Education"	Totale
Personale (responsabile, coordinatore, operatori, valutatore, supervisore)	25.000,00

Spese di produzione, acquisto materiale informativo divulgativo, organizzazione eventi	5.000,00
Spese per automezzi	2.000,00
Spese di funzionamento e gestione	4.000,00
<i>Totale spese</i>	36.000,00

Tabella riepilogativa del Piano distrettuale per la lotta alle tossicodipendenze

Progetto	Importo
<i>Step by Step</i>	€ 62.000,00
<i>Peer Education</i>	€ 36.000,00
<i>Totale</i>	€ 98.000,00

Regione Lazio – D.G.R. 417/2008

**PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO IN FAVORE DEI
PICCOLI COMUNI**

L. R. 29 APRILE 2004 N. 6

Comune capofila: Tivoli

I “Piccoli Comuni” del Distretto Sociosanitario di Tivoli:

Casape

Cerreto Laziale

Civiliano

Gerano

Licenza

Mandela

Percile

Pisoniano

Roccagiovine

Sambuci

San Gregorio da Sassola

Saracinesco

D.G.R. 6 giugno del 2008, n.417, **recante “Destinazione budget aggiuntivo ai Comuni capofila di Distretto per specifiche esigenze dei piccoli Comuni di cui alla L.r. 29 aprile 2004, n.6”;**

Breve nota socio-demografica sui Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli

I dodici “Piccoli Comuni” afferenti al Distretto Sociosanitario di Tivoli costituiscono complessivamente un area territoriale di poco superiore a 172 chilometri quadrati nella quale risiedono 9.977 abitanti (dato al 1 gennaio 2006, v. Tabella 2). La sua densità abitativa (58) è notevolmente più bassa rispetto a quella distrettuale (209,17) ma resta comunque un area caratterizzata da una preponderante presenza di anziani (per ulteriori approfondimenti si rinvia al Piano di Zona 2006-2007). Inoltre, se cospicua può sembrare la dotazione del patrimonio immobiliare non utilizzato – pari a 3489 abitazioni - va osservato che nei Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli spesso trovano un posto in cui risiedere immigrati di diversa provenienza – attratti da affitti sicuramente più convenienti rispetto a Roma (o alla più vicina città di Tivoli) e i cui relativi contratti di locazione è possibile che non siano sempre regolarmente registrati.

Comuni	Superficie territoriale	Densità abitativa	Abitazioni non occupate
<i>Casape</i>	5,33	148,26	323
<i>Cerreto Laziale</i>	11,77	92,01	367
<i>Ciciliano</i>	19,04	67,59	408
<i>Gerano</i>	10,09	118,63	265
<i>Licenza</i>	17,66	53,35	47
<i>Mandela</i>	13,27	62,77	159
<i>Percile</i>	17,56	12,36	280
<i>Pisoniano</i>	13,20	56,36	479
<i>Roccagiovine</i>	9,71	30,69	128
<i>Sambuci</i>	8,23	109,03	361
<i>San Gregorio da Sassola</i>	35,22	42,53	339
<i>Saracinesco</i>	10,99	14,93	333
Totale distrettuale	172,07	58	3489

Tabella 1 – Superficie territoriale (in kmq), densità abitativa (anno 2005) e abitazioni non occupate (censimento 2001) dei Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli. Elaborazioni Ufficio per la Struttura di Piano su dati comunali e Istat.

Comuni	Maschi	Femmine	Totale popolazione	Totale famiglie
<i>Casape</i>	388	402	790	380
<i>Cerreto Laziale</i>	545	538	1083	477
<i>Ciciliano</i>	631	641	1272	534
<i>Gerano</i>	585	612	1197	531
<i>Licenza</i>	477	464	941	440
<i>Mandela</i>	431	402	833	344
<i>Percile</i>	129	131	260	138
<i>Pisoniano</i>	355	389	744	369
<i>Roccagiovine</i>	148	150	298	140
<i>Sambuci</i>	446	451	897	371
<i>San Gregorio da Sass.</i>	732	766	1498	646
<i>Saracinesco</i>	97	67	164	108
Totali	4964	5013	9977	4478

Tabella 2 – Famiglie e popolazione residente nei Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli per sesso. Dati al primo gennaio 2006. Elaborazioni Ufficio per la Struttura di Piano su dati comunali

Significativo, anche se più basso all'incremento totale registrato nel Distretto pari a + 3,2%, è l'aumento di nuove famiglie, tra il 2004 e il 2005, nei Piccoli Comuni attestato a circa il 2,5% (v. Tabella 3).

Comuni	Totale famiglie 2004	Totale famiglie 2005	Variazione 2004 -05. V.A.	Variazione 2004 -05. V.%
<i>Casape</i>	378	380	+2	+0,5
<i>Cerreto Laziale</i>	473	477	+4	+0,8
<i>Ciciliano</i>	523	534	+11	+2,1
<i>Gerano</i>	515	531	+16	+3,1
<i>Licenza</i>	434	440	+6	+1,4
<i>Mandela</i>	328	344	+16	+4,9
<i>Percile</i>	138	138	0	0
<i>Pisoniano</i>	366	369	+3	+0,8
<i>Roccagiovine</i>	143	140	-3	-2
<i>Sambuci</i>	352	371	+19	+5,4
<i>San Gregorio da Sass.</i>	613	646	+33	+5,4

Comuni	Totale famiglie 2004	Totale famiglie 2005	Variazione 2004 -05. V.A.	Variazione 2004 -05. V.%
<i>Saracinesco</i>	108	108	0	0
Totali	4371	4478	107	+ 2,45

Tabella 3 – Famiglie residenti nei Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli (v.a. e %), anni 2004 e 2005. Elaborazioni Ufficio per la Struttura di Piano su dati comunali.

Il Piano distrettuale d'intervento

Il presente *Piano Distrettuale d'Intervento in favore dei Piccoli Comuni (L.r. 29 aprile 2004, n.6)*, dietro sollecitazione della Regione Lazio – e, in particolare, a seguito della D.G.R. n.417/2008 - nasce dal convincimento che i Comuni con una popolazione inferiore ai 2000 abitanti rappresentano una realtà importante nell'ambito del Distretto Sociosanitario di Tivoli. La logica, qui adottata, dell'interesse distrettuale al benessere della popolazione residente e, pertanto, dell'associazionismo tra Comuni con l'organizzazione di servizi socio-assistenziali di carattere intercomunale risponde pienamente all'intenzione della Regione Lazio di far fronte alle carenze, di tipo sia organizzativo sia economico, sul proprio territorio. Carenze alle volte difficilmente fronteggiabili dai c.d. Piccoli Comuni che, pertanto, non sempre riescono adeguatamente a garantire i livelli essenziali di assistenza. Ciò nonostante lo sforzo profuso dal Distretto Sociosanitario di Tivoli nell'assicurare – in attuazione della L. 328/2000 – servizi e prestazioni, per mezzo del proprio Piano di Zona, su tutto il territorio e per tutti i Comuni ad esso stesso afferenti.

E', allora, opportuno precisare che il presente Piano è stato redatto - a seguito della conduzione di un Tavolo di Lavoro da parte dell'Ufficio per la Struttura di Piano e al quale hanno partecipato i rappresentanti di tutti i dodici Piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli, i Dirigenti Asl e le Assistenti Sociali del Servizio Sociale Itinerante - con gli obiettivi:

- di strutturare una soluzione organizzativa alle situazioni concrete di emergenza socio-assistenziale “non prevedibili al momento della programmazione degli interventi” – durante la compilazione del Piano di Zona – “e alle quali non è possibile tempestivamente porre rimedio con le risorse provenienti dal fondo per l'attuazione del piano socio-assistenziale regionale o da altre specifiche risorse regionali e/o statali, o con risorse proprie”;
- di attenersi alle disposizioni di cui alla D.G.R. n.417/2008 e, quindi, alla L.r. 29 aprile 2004 n.6 che prevede la concessione “di appositi contributi in favore dei piccoli comuni del Lazio, con popolazione non superiore ai duemila abitanti, per fronteggiare emergenze di carattere socio-assistenziale per le quali le risorse proprie comunali e quelle trasferite dalla regione in via ordinaria risultano insufficienti”;
- di orientare la programmazione distrettuale degli interventi e dei servizi tenendo conto delle esigenze dei piccoli comuni, delle loro carenze organizzativo-strutturali ed economiche compreso il potenziamento delle condizioni che possono agevolare l'accesso alle prestazioni e/o servizi attivati a livelli distrettuale (in tal senso è diretto il progetto “Trasporto multiutenza”).

Va precisato, altresì, che i Progetti contenuti nel presente Piano: 1) *Servizio Sociale e Sportello decentrato di Segretariato Sociale*; 2) *Counselling socio-pedagogico*; 3) *Assistenza riabilitativo sociale ai malati psichiatrici*; 4) *Trasporto multiutenza*, non riguardano interventi, servizi e prestazioni finanziate con le risorse per l'attuazione dei piani di zona e dei piani per la non autosufficienza di cui rispettivamente all'articolo 51 della L.r. n.38/1996 e dell'articolo 5 della L.r. n.20/2006. L'oggetto dei predetti progetti, tenendo conto delle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 417/2008, è specificato nella tabella seguente.

PROGETTI DEL PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO A FAVORE DEI PICCOLI COMUNI	OGGETTO D'INTERVENTO
<p style="text-align: center;">1.</p> <p style="text-align: center;"><i>Servizio Sociale e Sportello decentrato di Segretariato Sociale</i></p>	<p>Supporto per accedere al sistema delle prestazioni, degli interventi e dei servizi attivati a livello distrettuale (servizi di trasporto, sportelli decentrati di segretariato sociale, ecc.)</p>
<p style="text-align: center;">2.</p> <p style="text-align: center;"><i>Counselling socio-pedagogico</i></p>	<p>Tutela della salute del minore; Sostegno e inserimento sociale per le persone disabili</p>
<p style="text-align: center;">3.</p> <p style="text-align: center;"><i>Assistenza riabilitativo sociale ai malati psichiatrici</i></p>	<p>Sostegno e inserimento sociale per le persone disabili Assistenza domiciliare inerente a piani individualizzati d'intervento</p>
<p style="text-align: center;">4.</p> <p style="text-align: center;"><i>Trasporto multiutenza</i></p>	<p>Supporto per accedere al sistema delle prestazioni, degli interventi e dei servizi attivati a livello distrettuale (servizi di trasporto, sportelli decentrati di segretariato sociale, ecc.)</p>

I PROGETTI

Progetto

Servizio Sociale e Sportello decentrato di Segretariato Sociale

Descrizione servizio:

Prestazioni di A.S. e Segretariato Sociale volte a sostenere tutte le persone e, in particolare quelle più vulnerabili, nel percorso di acquisizione o ri-acquisizione del controllo sul proprio corso di vita - in un contesto societario fattosi sempre più complesso perché impone nuove scelte e problemi ad esse connessi - promuovendo la riflessività del cittadino e la sua capacità d'azione in una prospettiva di reciprocità con gli altri cittadini e di rete con la molteplicità di soggetti e servizi pubblici e privato-sociali.

Utenza diretta:

Tutti i cittadini autoctoni e stranieri

Obiettivi:

Informare, indirizzare ai servizi; erogare prestazioni 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.

Tipologia risorse professionali da impiegare e numero unità:

Assistenti sociali: 2

Impiego ore/settimana per operatore:

35 (trentacinque)

Costo totale del progetto (per 12 mesi):

€ 73.000,00 (settantatremila/00)

Progetto

Counselling socio-pedagogico

Descrizione servizio:

Attività di tipo relazionale comprendente metodologie abilitative e riabilitative volte a ridurre il disagio. Si tratta prevalentemente di un intervento informativo che ha la finalità di potenziare le risorse già presenti nell'utente; inoltre, con il progetto si intende agevolare la sintesi tra culture diverse allo scopo di creare momenti socio-pedagogici capaci di andare oltre le rispettive differenze.

Utenza diretta:

Minori diversamente abili e con disagio sociale, sia autoctoni sia stranieri

Obiettivi:

Offrire un orientamento o un sostegno a singole persone o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l'utilizzo delle potenzialità dell'utente. Offrire 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. Aumentare la qualità della propria vita migliorando l'uso delle proprie risorse e soddisfacendo al meglio le proprie esigenze

Tipologia risorse professionali da impiegare e numero unità:

Operatori vari e mediatore/trice culturale

Impiego ore/settimana per operatore:

Vari operatori: 30 totali

Mediatore culturale: 80 ore annue in totale

Costo totale del progetto (per 12 mesi):

€ 81.233,00 (ottantunomiladuecentotrentatre/00)

Progetto

Assistenza riabilitativo sociale ai malati psichiatrici

Descrizione servizio:

Assistenza domiciliare al malato psichiatrico e sostegno socio-relazionale alla famiglia.

Utenza diretta:

Malati psichiatrici e loro familiari.

Obiettivi:

Informazione e sensibilizzazione rivolta, in particolare, a coloro che per diversi motivi sono maggiormente a contatto con utenti psichiatrici quale forma di prevenzione di un senso di disagio e di diffidenza che comporta sovente una discriminazione e intolleranza verso persone che già si trovano in condizioni di forte disagio e difficoltà. Incidere su una cultura che associa sovente il malato psichiatrico ad un individuo da evitare ed isolare, e contemporaneamente assistere coloro che si trovano a dover affrontare situazioni di convivenza o vicinato quali risposte complementari e necessarie. Conseguire la condizione di totale “presa in carico” dell’utente psichiatrico.

Tipologia risorse professionali da impiegare e numero unità:

Assistenti domiciliari: 2

Impiego ore/settimana per operatore:

25 (venticinque)

Costo totale del progetto (per 12 mesi):

€ 43.032,00 (quarantatremilatrentadue/00)

Progetto

Trasporto multiutenza

Descrizione servizio:

Trasporto destinato, in particolare, a soggetti appartenenti a categorie svantaggiate. Attività programmata e a chiamata.

Utenza diretta:

Portatori di HC, Anziani fragili, persone con problemi di deambulazione, altri svantaggiati

Obiettivi:

Consentire a coloro che hanno problemi di deambulazione o che, appartenenti a categorie svantaggiate, non abbiano i mezzi per raggiungere strutture e usufruire dei servizi riabilitativi e di miglioramento della qualità di vita offerti dal Distretto Sociosanitario di Tivoli. Favorire una maggiore integrazione e sviluppo dell'autonomia personale. Agevolare i familiari dei soggetti appartenenti a categorie svantaggiate; in particolare, il servizio si pone l'obiettivo di favorire la partecipazione alle attività del Centro Diurno per Disabili di Tivoli Terme (ma anche ad altre strutture come il Centro Diurno per Disagiati Psicici con sede a Tivoli, ecc.) da parte dei cittadini disabili residenti nei punti più periferici del Distretto Sociosanitario di Tivoli. In tal senso il servizio è inquadrabile nella prospettiva di un approccio globale alla persona destinatario di questa prestazione al quale viene magari già offerta l'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) e le prestazioni sociosanitarie di base.

Tipologia risorse professionali da impiegare e numero unità:

Il servizio sarà affidato in esterno ad una società specializzata nel settore ed in regola con la normativa più recente. Si prevede la messa a disposizione dell'utenza, almeno in una prima fase sperimentale, di un pulmino/linea per ognuna delle tre direttrici territoriali che caratterizzano il Distretto Sociosanitario di Tivoli: *empolitana* (per i Comuni di Gerano, Cerreto Laziale, Sambuci, Pisoniano e Ciciliano) - LINEA "A"; *tiburtina* (per i Comuni di Mandela Licenza, Roccagiovine, Percile e Saracinesco) - LINEA "B"; *polense* (per i Comuni di Casape e San Gregorio da Sassola) - LINEA "C". Il trasporto sarà giornaliero con l'*andata* verso le sedi poliambulatoriali e gli altri servizi sociosanitari la mattina presto; e, il *ritorno* nel primo pomeriggio (comunque, non antecedentemente alle ore 14,30).

Impiego:

5 giorni/settimana per ognuna delle tre linee

Costo totale del progetto (per 12 mesi): € 111.168,00
(centoundicimilacentosessantotto/00)

**RIEPILOGO DEI COSTI DEL PIANO D'INTERVENTO IN FAVORE DEI PICCOLI
COMUNI**

PROGETTI DEL PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO A FAVORE DEI PICCOLI COMUNI	IMPORTI IN EURO
<p align="center">1.</p> <p align="center"><i>Servizio Sociale e Sportello decentrato di Segretariato Sociale</i></p>	<p align="center">73.000,00</p> <p align="center">(settantatremila/00)</p>
<p align="center">2.</p> <p align="center"><i>Counselling socio-pedagogico</i></p>	<p align="center">81.233,00</p> <p align="center">(ottantunomiladuecentotrentatre/00)</p>
<p align="center">3.</p> <p align="center"><i>Assistenza riabilitativo sociale ai malati psichiatrici</i></p>	<p align="center">43.032,00</p> <p align="center">(quarantatremilatrentadue/00)</p>
<p align="center">4.</p> <p align="center"><i>Trasporto multiutenza</i></p>	<p align="center">111.168,00</p> <p align="center">(centoundicimilacentosessantotto/00)</p>
<p align="center"><i>Totale</i></p>	<p align="center">308.433,00</p> <p align="center">(trecentoottomilaquattrocentotrentatre/00)</p>

Tabella riepilogativa del Piano di Zona 2008-2010 e dei Piani Distrettuali d'Intervento

(Importi in Euro per ciascuna annualità: 2008, 2009, 2010)

(A)

<i>Progetto</i>	<i>Livcas</i>	<i>Finanziamento nazionale</i>	<i>Finanziamento regionale</i>	<i>Finanziamento provinciale</i>	<i>Contributi comunali</i>	<i>Contributo ASL</i>	<i>Finanziamento totale</i>
<i>Centro per la Famiglia</i>	NO	26.253,00	35.253,00	40.000,00	0	24.000,00	125.506,00
<i>Ufficio di Piano</i>	NO	23.706,00	53.000,00		0	0	76.706,00
<i>Sportello del Consumatore e dell'Utente dei Servizi offerti nel DSS di Tivoli</i>	NO	6.000,00	0	33.600,00	0	0	39.600,00
<i>Segretariato sociale e Porte Sociali</i>	SI	10.000,00	0	0	0	0	10.000,00
<i>Servizio sociale itinerante</i>	SI	50.000,00	0	0	0	0	50.000,00
<i>Servizio di accompagnamento a favore dei minori disabili</i>	NO	5.000,00	0	0	0	0	5.000,00
<i>Assistenza domiciliare Diversamente Abili</i>	SI	322.162,00	81.476,00	0	0	116.263,00	519.901,00
<i>Assistenza domiciliare Anziani</i>	SI	157.648,00	90.377,00	0	0	46.275,50	294.300,50
<i>Centro Diurno per Diversamente Abili</i>	NO	0	0	20.000,00	6.000,00	0	26.000,00
<i>Tirocini risocializzanti</i>	NO	1.520,00	113.598,00	0	0	0	115.118,00
TOTALE B		602.289,00	373.704,00	93.600,00	6.000,00	186.538,50	1.262.131,50

(B)

<i>Denominazione</i>	<i>Livcas</i>	<i>Finanziamento nazionale</i>	<i>Finanziamento regionale</i>	<i>Finanziamento provinciale</i>	<i>Contributo comunale</i>	<i>Contributo AUSL</i>	<i>Finanziamento totale</i>
<i>Legge 162/1998</i>	SI	0	79.187,00	0	0	0	79.187,00
<i>Legge 285/1997</i>	SI	0	147.071,00	0	22.000,00	59.260,00	228.331,00
<i>Fondo per la Non Autosufficienza</i>	NO	0	205.000,00	0	0	68.839,00	273.839,00
<i>Fondo per la lotta alle Tossicodipendenze</i>	NO	0	96.277,00	0	0	0	96.277,00
TOTALE B		0	527.535,00	0	22.000,00	128.099,00	677.634,00

(C)

<i>Denominazione</i>	<i>Livcas</i>	<i>Finanziamento nazionale</i>	<i>Finanziamento regionale</i>	<i>Finanziament o provinciale</i>	<i>Contributo comunale</i>	<i>Contributo AUSL</i>	<i>Finanziamento totale</i>
<i>Piano Distrettuale d'Intervento a favore dei piccoli Comuni</i>	NO	0	308.433,00		0	0	308.433,00

<i>TOTALE A+B+C</i>		<i>602.289,00</i>	<i>1.209.672,00</i>	<i>93.600,00</i>	<i>28.000,00</i>	<i>314.637,50</i>	<i>2.248.198,50</i>
----------------------------	--	--------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

(*) Il costo è comprensivo del progetto “Interventi ai sensi della Legge n.285/97” e del progetto “L'intervento psicoterapeutico per i minori a rischio seguiti nel progetto Legge n.285/97” integrativo del primo sia dal punto di vista logico-funzionale, sia gestionale e relativo all'utenza.

APPENDICI

Appendice 1

I Centri di Sollievo

APERTURA E COLLOCAZIONE DEI CENTRI

I centri di sollievo per gli anziani in particolari condizioni di fragilità psico-fisica, sono dislocati in tre Comuni del Distretto RMG3: Castel Madama, Gerano, e Tivoli con sede a Tivoli Terme.

La loro apertura è strutturata nel seguente modo:

- Lunedì, Mercoledì e Venerdì il Centro di Gerano;
- Martedì, Giovedì e Sabato i Centri di Castel Madama e Tivoli Terme.
-

L'orario di apertura in tutte e tre le strutture, è dalle 9,00 alle 13,00.

Il trasporto degli utenti dal domicilio al centro di destinazione e viceversa viene effettuato dal servizio **piùbus** messo a disposizione dalla Provincia di Roma.

PERSONALE IMPIEGATO E LIVELLO DI INQUADRAMENTO

Nei tre Centri sono state impiegate le seguenti figure professionali:

- **4** Animatori socio culturali distribuiti per i tre Centri, inquadrati al V° livello del contratto collettivo nazionale delle Cooperative Sociali che svolgono attività di accoglienza e intrattenimento degli ospiti per tutta la durata di apertura del Centro;
- **2** Operatori socio sanitari distribuiti sui tre Centri, inquadrati al IV° livello del contratto collettivo nazionale delle Cooperative Sociali che si prendono cura delle esigenze degli ospiti .

Obiettivi e natura dell' intervento:

- L'obiettivo principale delle attività dei centri di sollievo è quello di reinserire l'anziano in un ambito socio-relazionale, fuori dalle mura domestiche, dove possa ritrovare rapporti sociali, protagonismo nelle attività, esperienze ludiche. Nel nostro intervento è centrale il gruppo, che rappresenta il luogo di interazione e scambio, un punto di riferimento nonché aggregato di molteplici individualità. Il gruppo è eterogeneo per età, cultura, condizioni sociali e patologie. Dunque il gruppo come caleidoscopio nel quale si sovrappongono attività in maniera fluida e dinamica e si concentrano le energie e le attenzioni di operatori e utenti.
- Un secondo obiettivo formulato nel progetto, è la costruzione di una rete solidale informale, iniziato attraverso contatti e rapporti che hanno attivato la disponibilità dei singoli, amici e/o parenti degli utenti che si sono conosciuti, hanno condiviso informazioni e problemi e divulgato presso le loro conoscenze e il loro ambiente la realtà dei Centri di Sollievo portando alla nostra attenzione diversi casi e richieste di adesione alle attività.

Le Attività nei Centri di Sollievo:

- Le sedute di fisioterapia si svolgono per due giorni la settimana per circa quaranta minuti a persona, per una media di quattro utenti al giorno che usufruiscono della seduta.
- Attività ludiche, di socializzazione, di stimolazione delle capacità razionali residue.

Gli Strumenti di intervento:

- L' Utilizzo di **supporti tecnologici** si traduce, per il Centro di Tivoli Terme, nella rassegna cinematografica del sabato con film e autori scelti dagli utenti stessi.
- L' **Ascolto musicale** anziché essere relegato ad un laboratorio specifico, svolge il ruolo di colonna sonora delle mattinate passate nei tre Centri; attraverso il computer e la rete internet abbiamo costruito una banca dati musicale composta da brani, autori e cantanti di preferenza degli utenti.
- Nel centro di Castel Madama dove gli operatori impiegati sono anche musicisti si svolge un'attività di **musica dal vivo, karaoke e stornellate romane**.
- **Racconti e memorie** emergono spontanei nel fluire delle chiacchierate, molti sono condivisi: persone, aneddoti, accadimenti rimasti nell' immaginario, nei quali ogni anziano contribuisce col proprio bagaglio di ricordi ed esperienze che vanno ad intrecciarsi in una trama collettiva. Ancora troppo presto per essere immortalati attraverso l' ausilio della video-camera per farne un book video, ma primo step verso la costruzione di un rapporto di fiducia più profondo tra gli individui del gruppo e gli operatori.

- Stimolare le capacità razionali attraverso la **lettura** e il **commento di articoli di giornale** che trattano di fatti avvenuti sul territorio, sulla moda, i costumi e le mentalità. Con il gruppo del Centro di Gerano, una discussione lunghissima, scaturita dalla lettura di un articolo sulle tradizioni gastronomiche regionali nel periodo di Pasqua, è terminata con l'organizzazione di una giornata di cucina con pranzo, al Centro Anziani.
- **Il gioco delle carte** per alcuni utenti è stato vettore di comunicazione con gli altri e di partecipazione attiva al gruppo oltre ad essere stimolo di capacità residuali.
- **Gite** effettuate in differenti cittadine caratteristiche del territorio del comprensorio di Tivoli, al lago di Bracciano, al mare a Castelfusano, con pranzo in agriturismo, o in locali tipici.

Numero degli utenti divisi per centro:

	Tivoli Terme	Castel Madama	Gerano
Utenti	14	12	6

C'è una lista d'attesa.

Osservazioni provvisorie

La sperimentazione del servizio dei centri di sollievo per anziani fragili è risultata positiva per la soddisfazione dei bisogni degli utenti frequentanti e per le ulteriori richieste di ingresso già effettuate e in lista d'attesa.

Appendice 2

L'ACCORDO DI PROGRAMMA 2008-2010

Accordo di Programma tra l'Azienda ASL di RMG3, 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 (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.

L'Anno 2008, il mese di ottobre, il giorno sette,

T R A

l'Azienda Sanitaria Locale ASL RMG per il Distretto di Tivoli

E

i Comuni di Tivoli, quale Ente Capofila, e di Casape, Castel Madama, Cerreto, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Sambuci, Saracinesco, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Vicovaro, Roccagiovine, nelle figure dei loro Sindaci.

VISTE

- la legge n.104 del 5 febbraio 1992, concernente “ Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla Legge del 21 maggio 1998, n.162;
- la legge regionale 9 settembre 1996, n. 38, recante “Riordino e programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio” e successive modificazioni;

- la legge n.285 del 28 agosto 1997, “Interventi in favore dell’infanzia e dell’adolescenza;
- il D.Lgs. n.286 del 25 luglio 1998, interventi a favore della popolazione immigrata;
- la legge regionale 6 agosto 1999, n.14, recante “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione de decentramento amministrativo”;
- la legge 28 novembre 2000, n. 328, recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”
- la legge 24 dicembre 2007, n.244, “Legge finanziaria 2008”;
- la succitata D. G. R. del 25 luglio 2008, n. 560, recante “Piano di utilizzazione triennale 2008-10 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali. Approvazione documento concernente Linee guida ai Comuni per l’utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – triennio 2008-2010”;
- la Delibera di Giunta Regionale del 6 giugno del 2008, n.417, recante “Destinazione budget aggiuntivo ai Comuni capofila di Distretto per specifiche esigenze dei piccoli Comuni di cui alla L.r. 29 aprile 2004, n.6”;
- la Delibera di Giunta Regionale del 4 agosto 2008, n. 623, recante “Interventi di lotta alla droga relativi alla prevenzione al recupero e al reinserimento sociale. Attuazione articolo 124, comma 1, lettera b) della L.r. n. 4 del 2006, Capitolo di Spesa n.H41560, stanziamento Euro 1.002.521,15. Attuazione Dd.Gg.Rr. n.11/2007 e n.135/2008 – Esercizio finanziario 2008”;
- la Determinazione n. 2280 del 3 luglio 2008, recante “Riparto al Comune di Roma ed enti capofila dei distretti sociosanitari del Lazio delle risorse del Fondo regionale per la *non autosufficienza* – articolo 4 della L.r. 23 novembre 2006, n.20 e DGR 31 luglio 2007, n.601. Esercizio finanziario 2008”

CONSIDERATO CHE

Si rende necessario:

- **Assicurare** i livelli essenziali delle prestazioni sociali su tutto il territorio distrettuale;
- **Migliorare** il sistema di protezione sociale per le aree più deboli, in particolare per l’infanzia e l’adolescenza a rischio, gli anziani, le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, i tossicodipendenti, la popolazione immigrata e più in generale le persone che vivono o sono a rischio di esclusione sociale;
- **Promuovere** azioni di contrasto alla povertà e alla esclusione sociale;
- **Promuovere** azioni di sostegno alle responsabilità familiari in un’ottica di welfare comunitario;

- **Favorire** la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni del privato sociale e del volontariato, presenti nel territorio, per la definizione delle scelte operative e delle strategie del Piano, in un'ottica di welfare plurale e delle responsabilità;
- **Realizzare** gli obiettivi del Piano di Zona attraverso l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche di sviluppo territoriale quali le politiche attive per il lavoro, formative, educative, sportive, ambientali, urbanistiche etc. , in un'ottica di sviluppo sostenibile.

RITENUTO CHE

è necessario, ai sensi delle specifiche normative vigenti, far rientrare nell'ambito della programmazione locale distrettuale la pianificazione degli interventi in favore di:

- ***le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;***
- ***la popolazione anziana;***
- ***la popolazione non autosufficiente;***
- ***le persone che vivono o sono a rischio di esclusione sociale;***
- ***le nuove e vecchie povertà;***
- ***l'infanzia e l'adolescenza;***
- ***la popolazione migrante;***
- ***i soggetti a rischio o in situazioni di tossicodipendenza e/o alcool dipendenza o di altre dipendenze e di altre forme di disagio sociale;***
- ***responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini e degli adolescenti.***

PREMESSO CHE

Al fine di assicurare una risposta adeguata ai bisogni della persona, della famiglia, della comunità e del territorio è necessario:

- Mettere in atto iniziative tese alla rilevazione delle conoscenze generali e specifiche sulle caratteristiche morfologiche, demografiche, economico-sociali e culturali del territorio;
- Garantire l'integrazione dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali attraverso una programmazione unitaria delle attività e dei servizi da parte della ASL, dei Comuni e delle Comunità Montane interessati, in un'ottica di condivisione della pianificazione territoriale;
- Intendere l'integrazione dei servizi come modalità di lavoro organico, unitario ed interdisciplinare;
- Garantire la partecipazione alla programmazione distrettuale, in qualità di attori sociali,

degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni, delle OO.SS. , degli enti di promozione sociale, delle fondazioni, delle IPAB e degli enti di patronato, nonché della scuola, dei servizi sociali del Ministero della Giustizia, dei centri per l'impiego e per la formazione professionale;

- Garantire un'efficace ed efficiente comunicazione anche attraverso adeguate forme di informazione, pubblicizzazione e guida, prevedendo modalità di partecipazione attiva della comunità nella programmazione delle attività e nella verifica dei risultati ottenuti;
- Verificare e valutare nel tempo i percorsi, gli strumenti ed i risultati raggiunti per l'integrazione la rispondenza delle azioni e degli interventi ai bisogni sociali, al fine di garantire un sistema

caratterizzato da una grande flessibilità e attenzione alla evoluzione delle comunità;

- Proporre e realizzare le politiche sociali distrettuali secondo il principio di sussidiarietà verticale ed orizzontale per la costruzione di un sistema reticolare a cui partecipano tutti i livelli istituzionali e non.

**TUTTO CIÒ VISTO, RITENUTO, CONSIDERATO E PREMESSO, SI CONVIENE E
STIPULA IL SEGUENTE**

Accordo di Programma

Articolo 1

Le premesse

Le premesse fanno parte sostanziale ed integrante dell'Accordo di Programma

Articolo 2

L'oggetto

L'Accordo di Programma è finalizzato a:

- a. favorire l'implementazione del sistema locale di intervento sociale fondato su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando e valorizzando le risorse locali di solidarietà e di mutuo aiuto, nonché la partecipazione attiva dei cittadini nella

programmazione, realizzazione e verifica dei servizi, nella logica di un welfare di comunità, secondo i principi di efficacia, efficienza, economicità, sussidiarietà verticale ed orizzontale, per la promozione del benessere dei cittadini e lo sviluppo di un sistema di comunità locale;

- b. sostenere la qualificazione del sistema informativo strategico come strumento per la creazione della base informativa necessaria all'attivazione dei processi di innovazione delle modalità di programmazione, gestione e valutazione del sistema dei servizi realizzando nel territorio, al fine di renderli più accessibili, porte sociali o sportelli di informazione sociale che, in stretto raccordo con il Segretariato Sociale, fungono come luoghi di accesso alla rete dei servizi, rispondendo alle esigenze primarie dei cittadini di avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso;
- c. promuovere una strategia della partecipazione che consenta di valorizzare tutti i soggetti attivi all'interno del territorio del distretto e di favorire la capacità del sistema di rispondere alle esigenze espresse e latenti presenti nel contesto comunitario di riferimento;
- d. avviare dei percorsi di riflessione e progettazione che consentano di individuare modelli gestionali efficaci ponendo particolare attenzione a processi di integrazione intercomunale, sociosanitaria e comunitaria;
- e. valorizzare lo sviluppo di comunità come metodologia innovativa in grado di promuovere dinamiche relazionali positive sul territorio che consentano di sensibilizzare gli attori locali nella direzione di una presa in carico comunitaria delle esigenze e delle domande espresse e latenti;
- f. realizzare iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori finalizzati alla qualificazione e sviluppo dei servizi, anche al fine di implementare il sistema informativo dei servizi e l'attività di valutazione;
- g. sostenere il percorso di qualificazione dell'offerta dei servizi erogati a livello locale anche attivando dei percorsi di riflessione in merito alla definizione di sistema di qualità che fungano da strumenti di garanzia dell'esigibilità dei diritti da parte dei cittadini;
- h. attivare un modello organizzativo di tipo partecipativo, che sostenga il processo di innovazione di sistema previsto dalla normativa nazionale e regionale, nel quale ogni soggetto possa intervenire e portare il proprio concreto contributo sulla base delle proprie funzioni e competenze;
- i. valorizzare la messa in rete di risorse professionali, finanziarie, strutturali e di responsabilità condivise sui risultati da conseguire da parte dei vari soggetti della Comunità locale disponibili a concorrere alla realizzazione degli obiettivi e qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivanti dalla concertazione locale con l'Azienda Sanitaria Locale RMG e gli altri soggetti interessati;
- j. individuare e le forme di collaborazione per l'attuazione delle attività, la suddivisione delle competenze e delle azioni fra i Comuni, l'Azienda Sanitaria Locale RMG, sottoscrittori e aderenti al presente Accordo di Programma e le Comunità Montane, la Provincia di Roma, gli organismi non lucrativi di utilità sociale, gli organismi della cooperazione, le organizzazioni di volontariato, le associazioni, le OO.SS. , gli enti di promozione sociale, le fondazioni, le IPAB e gli enti di patronato, nonché la scuola, i servizi sociali del Ministero della Giustizia, i centri per l'impiego e per la formazione professionale e gli altri soggetti che vorranno partecipare alla realizzazione del presente Accordo di Programma.

L'Accordo di Programma e il Piano di Zona ad esso collegato sono dunque volti alla promozione di una comunità informata, consapevole, competente e responsabile che gradualmente diventi capace di mettere in rete responsabilità, competenze e risorse per realizzare propri obiettivi di salute e benessere in funzione del proprio sviluppo e persegue le seguenti finalità specifiche:

- conoscere meglio il territorio, i bisogni e la domanda che esprime, i servizi e le risorse, attive ed attivabili, nel nuovo sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della comunità locale;
- il coordinamento e l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, dell'istruzione/formazione, nonché con le politiche attive del lavoro, della casa, dei trasporti;
- la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi e i soggetti comunitari;
- la costruzione di una rete di servizi e interventi sociali e socio-sanitari integrati;
- l'acquisizione di comuni metodologie di lavoro che garantiscano progetti individualizzati e concordati;
- la costruzione di un sistema informativo locale accessibile e aggiornato;
- la costruzione di un piano di comunicazione sociale predisposto e condiviso dai vari soggetti che partecipano al sistema integrato.

Articolo 3

Gli ambiti dell'integrazione

La gestione integrata riguarda le iniziative, i progetti e le attività dei servizi territoriali della ASL Distretto di Tivoli e dei Servizi Sociali dei Comuni che, direttamente o in convenzione con altri soggetti, si occupano della promozione del benessere e della salute nella comunità locale distrettuale, della prevenzione del disagio individuale, familiare e collettivo, del sostegno nelle situazioni di difficoltà per i singoli e per le famiglie.

Sono individuati 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 della 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;
- promozione del benessere e del protagonismo dei bambini, ragazzi e giovani;

- sostegno alla non autosufficienza e alla domiciliarietà, sostegno alle responsabilità familiari e al lavoro di cura.

Sono considerati obiettivi settoriali le seguenti aree:

- Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini, degli adolescenti e dei giovani e promozione del loro benessere, dialogo intergenerazionale;
- Immigrazione, asilo, lotta alla tratta, dialogo interculturale;
- Contrasto alla povertà;
- Promozione della coesione sociale;
- Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale;
- Politiche a favore di anziani, diversamente abili e non autosufficienti.

Gli obiettivi di sistema individuati sono i seguenti:

- Informazione al sistema
 - o Creare flussi informativi stabili tra i diversi soggetti presenti sul territorio relativamente alle competenze e prestazioni ed ai dati di attività
 - o Governare e presidiare la circolazione dei flussi informativi di cui al punto precedente
- Integrazione servizi
 - o Fornire ai cittadini risposte complete ed integrate rispetto al bisogno espresso
 - o Agevolare il cittadino nell'approccio ai servizi, in particolare sanitari e socioassistenziali, riducendo i disagi, i tempi e gli spostamenti nel completamento del "percorso di accesso" ai servizi attraverso il P.U.A. ed i punti di informazione sociale
 - o Garantire ai cittadini continuità ed omogeneità di interventi qualora sia necessario il coinvolgimento di più servizi
 - o Migliorare la reciproca conoscenza e l'interazione operativa fra servizi pubblici, fra questi ed i servizi del privato sociale e del volontariato, fra servizi di base e specialistici, fra servizi territoriali ed ospedalari
 - o Sviluppare metodologie comuni, anche al fine di facilitare l'integrazione fra servizi, attraverso la formazione interdisciplinare degli operatori
- Formazione operatori
 - o Favorire l'aggiornamento degli operatori

Articolo 4

Il Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma per il Sistema integrato dei servizi socio-sanitari

Il Comitato istituzionale dell'Accordo di programma costituito dai Sindaci o da loro delegati in rappresentanza dei 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; e, dai rappresentanti della ASL costituiti dal Direttore generale della stessa o da un suo delegato, dal direttore del Distretto.

Al Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma possono partecipare, in qualità di membri uditori, i rappresentanti della Consulta Sociosanitaria Distrettuale e della Provincia di Roma.

Il Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma è presieduta dal Sindaco del Comune di Tivoli quale Comune capofila, o da un suo delegato, ed è convocata in via ordinaria almeno due volte l'anno e in via straordinaria dal Presidente o su richiesta di almeno 1/3 dei componenti.

Il Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma determina, nell'ambito delle linee programmatiche della Regione Lazio, gli indirizzi e le priorità della programmazione socio sanitaria del Distretto.

Stabilisce inoltre, i criteri di partecipazione dei Comuni e della A.S.L. , sia in termine di risorse finanziarie, che di risorse umane, tenuto conto della percentuale dei servizi e dei diversi finanziamenti percepiti dagli stessi Comuni per i singoli interventi.

Verifica e valuta i risultati prodotti e dalla rete dei servizi, rispetto alla domanda individuata ed agli obiettivi prefissati.

Approva il Piano di Zona e il Documento programmatico annuale predisposto dalla Struttura di Piano dell'Accordo di Programma di cui all'articolo 7 del presente Accordo.

Nomina i membri del Comitato di Coordinamento.

Si fa garante delle possibilità e modalità per il migliore funzionamento della struttura distrettuale.

Articolo 5

Il Comitato di Coordinamento

E' istituito un Comitato di Coordinamento composto da 5 membri che, proposti dai rappresentanti degli Enti firmatari, sono nominati dal Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma.

Il Comitato di Coordinamento nomina il Nucleo di Affidamento dei Servizi e verifica il raggiungimento degli obiettivi impartiti dal Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma di cui all'Articolo 4, relazionando annualmente sull'andamento dei servizi previsti nel Piano di Zona 2008-2010.

Gli oneri derivanti dalle competenze da corrispondere ai membri che fanno parte del Comitato di Coordinamento saranno a carico delle amministrazioni firmatarie che propongono la nomina del rappresentante.

Articolo 6

Il Nucleo di Affidamento dei Servizi

Il Nucleo di Affidamento dei Servizi è composto dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano (il "Coordinatore", v. articolo 8) e da due funzionari individuati dai Comuni firmatari, nominati dal Comitato di Coordinamento. Al suo interno svolge la funzione di segreteria un componente dell'Ufficio per la Struttura di Piano. Il Nucleo di Affidamento dei Servizi sovrintende alla redazione dei capitolati d'appalto e procede all'espletamento dei relativi procedimenti di gara. Al Dirigente referente per il Comune di Tivoli sono attribuite le funzioni di Presidente del Nucleo di Affidamento dei Servizi.

Gli oneri derivanti dalle competenze da corrispondere ai componenti del Nucleo di Affidamento dei Servizi saranno a carico delle amministrazioni comunali di provenienza.

Articolo 7

L'Ufficio di Piano

E' istituito l'Ufficio di Piano in posizione di staff alla Segreteria Generale del Comune capofila. L'Ufficio di Piano al fine di favorire e sviluppare sul piano politico e strategico l'integrazione globale a livello territoriale dei servizi sociali con quelli sanitari, svolge le seguenti funzioni:

- a) vigila sull'esecuzione dell'Accordo di programma e attua gli indirizzi programmatici per il coordinamento dei servizi sociali e sanitari integrati;
- b) propone la quantificazione degli oneri di partecipazione finanziaria e di personale dei Comuni e della A.S.L. sulla base dei criteri stabiliti dal Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma e lo sottopone allo stesso per la necessaria approvazione;
- c) supporta il Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma;
- d) predispone i capitolati d'appalto per l'affidamento dei servizi e gli atti amministrativi necessari per l'esecuzione del programma previsto nel Piano di Zona;
- e) propone azioni di *fund rising*;
- f) predispone, in collaborazione con i Segretari comunali dei Comuni del Distretto e del Responsabile dell'Ufficio Ragioneria del Comune capofila, la rendicontazione da presentare alla Regione Lazio e le gare d'appalto;
- g) elabora il Piano di Zona da sottoporre all'approvazione del Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma, individuando il budget di Distretto;
- h) riferisce periodicamente al Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma;
- i) elabora e sottopone alla valutazione ed approvazione del Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma i piani di lavoro e di sviluppo dei servizi;

- j) assicura l'ottimale presa in carico dell'utente attraverso il P.U.A. (art.10), per mezzo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (art 11) ;
- k) cura l'attuazione del Piano di Zona esercitando funzioni specifiche che vanno dalla comunicazione istituzionale ai rapporti amministrativi con la pluralità degli attori coinvolti nel processo di pianificazione e programmazione;
- l) gestisce il budget di distretto, rendicontando le spese sostenute;
- m) effettua azioni di monitoraggio sui servizi attivati;
- n) coordina i servizi presenti sul territorio distrettuale proponendo al Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma la loro attuazione con delega ai differenti Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli.
- o) stante le caratteristiche della pianificazione, l'Ufficio di Piano svolge un ruolo di supporto per gli aspetti inerenti le forme di comunicazione con la popolazione del territorio dell'Ambito attraverso reti informatiche, Uffici di relazione con il pubblico (Uffici Relazioni con il Pubblico, Centri Servizi Immigrazione, Centri Orientamento al Lavoro, Centri per l'Impiego, Informagiovani, ecc.), Ufficio stampa e altre iniziative specifiche.

L'Ufficio di Piano è composto dalle seguenti figure professionali e lavorative:

- **un Coordinatore;**
- **uno staff tecnico-progettuale costituito da:**
 - un Sociologo (a tempo pieno);
 - referenti distrettuali AUSL;
 - un Assistente Sociale;
 - un Infermiere Dirigente (Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche)
 - un Medico,
- **il Comitato Tecnico-Scientifico (v. articolo 9)**
- **uno staff amministrativo costituito da:**
 - un esperto amministrativo (cat. D);
 - un assistente amministrativo (cat. C);
 - un esecutore amministrativo (cat. B).

Gli oneri derivanti dalle competenze da corrispondere al personale che fa parte dell'Ufficio di Piano, distaccato o assegnato dagli enti, saranno a carico delle amministrazioni di appartenenza.

Articolo 8

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano

E' una figura di alta professionalità sociale individuata dal Comune capofila in accordo con il Comitato Istituzionale.

In coerenza con gli indirizzi programmatici contenuti nell'accordo di programma, gli indirizzi e le scelte del Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma:

- a. coordina l'Ufficio di Piano e il Comitato Tecnico Scientifico;
- b. partecipa senza diritto di voto alle sedute del Comitato Istituzionale con il quale si relaziona e al quale rappresenta lo stato di attuazione del Piano di Zona;
- c. è referente di Piano nei confronti della Regione Lazio e della Provincia di Roma;
- d. partecipa alle riunioni dei tavoli tematici e si incontra periodicamente con i referenti dei tavoli medesimi per la verifica e la condivisione del lavoro svolto;
- e. al fine di facilitare lo sviluppo dei Piani di zona e dei relativi progetti, instaura rapporti di collaborazione con altri soggetti giuridici, quali i Dirigenti Scolastici di ciascun ordine e grado, il Dipartimento di Giustizia, i Centri per l'Impiego, le OO.SS. il Terzo Settore, Associazioni di Promozione sociale ecc.;
- f. coordina le attività di raccolta dati svolte dai SS.SS. Comunali, dai Servizi sanitari distrettuali e dal terzo settore ed è referente per il Distretto ai Servizi Informativi sociali Regionale e Provinciale

Articolo 9

Il Comitato Tecnico-Scientifico

1. Il Comitato Tecnico-Scientifico è l'organo deputato a svolgere un'azione di supporto tecnico all'Ufficio di Piano. I suoi componenti costituiscono lo staff tecnico-progettuale dell'Ufficio di Piano. Le sue funzioni fondamentali sono:

- a) progettazione (anche europea);
- b) analisi e ricerche finalizzate alla definizione del Piano di Zona;
- c) monitoraggio, verifica e valutazione delle attività connesse alla realizzazione dei progetti esecutivi.

2. Il Comitato Tecnico-Scientifico è composto da:

- il Coordinatore dell'Ufficio di Piano;

- il Sociologo;
- il Referente distrettuale AUSL (Assistente Sociale);
- un Assistente Sociale del Servizio Sociale Distrettuale;
- un Medico;
- un infermiere dirigente (Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche);
- un rappresentante della Consulta Sociosanitaria;
- un'unità amministrativa.

Gli oneri derivanti dalle competenze da corrispondere al personale che fa parte del Comitato Tecnico-Scientifico saranno a carico delle amministrazioni di appartenenza.

Articolo 10

Il Punto Unico d'Accesso

La necessità di considerare la globalità della persona è alla base del superamento dei servizi settoriale e dell'introduzione dei servizi integrati. Di qui l'istituzione di un Punto Unico di Accesso (PUA) per informare, accogliere e accompagnare i cittadini che richiedono servizi sociosanitari e socio assistenziali. Il PUA è in grado di risolvere problemi semplici e inviare i casi di maggior complessità alle sedi e ai servizi più adeguati (funzione di filtro – triage).

Il PUA funzionerà su due distinti canali:

- il primo per i cittadini con funzioni di orientamento e accompagnamento;
- il secondo che garantisca la presa in carico e la relazione con i servizi territoriali con differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazioni multidimensionali.

Il PUA è pensato soprattutto per rispondere alle esigenze dei cittadini con riduzione o perdita, anche temporanea, della propria autonomia che necessita di un'assistenza sociosanitaria. Si tratta, quindi, di uno sportello che si fa carico dei bisogni del cittadino in un'ottica di integrazione socio-sanitaria: il personale dedicato al PUA è infatti un'équipe composta da infermieri, medici e assistenti sociali che potranno dare risposte più appropriate all'utenza, attivando i servizi territoriali.

Verrà dunque attivato, a livello del PUA, un'unità funzionale di pre – valutazione integrata, con l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati. Inoltre, verrà implementato il ruolo dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) costituita da professionalità sanitarie e sociali, in grado di effettuare la valutazione multidimensionale del caso, la personalizzazione degli interventi e continuità assistenziale.

Il Punto Unico d'Accesso, situato presso l'Ufficio di Piano, osserverà il seguente orario:

martedì e giovedì ore 9,00 – 14,00 / 15,00 – 18,00

Articolo 11

L'Unità di Valutazione Multidimensionale

E' l'organismo che si occupa della valutazione dei disagi e dei bisogni di natura sociosanitaria. Tale unità di valutazione sarà flessibile e mutuabile in base alla domanda espressa dal cittadino utente.

E' composta, per sua natura interdisciplinare, dalle seguenti figure professionali: un Assistente Sociale, il Medico, un infermiere dirigente, un amministrativo.

La valutazione multidimensionale integra le diverse aree tematiche che caratterizza la condizione di soggetti portatori di patologie croniche, con livelli medi o gravi di non autosufficienza. Si integra con gli aspetti della salute fisica, lo stato cognitivo, lo stato funzionale, la condizione economica e sociale.

La finalità della valutazione, utilizzabile in diversi contesti assistenziali, può essere distinta in primo livello quando lo scopo è l'identificazione, nell'ambito di una data popolazione, dei soggetti sani in equilibrio stabile e di quelli a rischio più o meno elevato. Tale valutazione di primo livello può essere effettuata anche dal singolo professionista.

La valutazione di secondo livello è orientata alla definizione del PAI, strumento in grado di integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e assistenziali e deve necessariamente essere effettuata da un'equipe multidisciplinare.

Articolo 12

I Tavoli Tematici

Con funzione di supporto all'attività del Comitato Tecnico inerente la progettazione, l'attuazione e la valutazione delle attività nelle varie aree, vengono individuati dei gruppi di lavoro denominati Tavoli tematici. suddivisi in base alle seguenti aree di intervento:

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

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

Tali organismi si riuniscono periodicamente su proposta del referente in accordo con il Coordinatore del Piano di Zona e sono costituiti da:

- 1 Referente e 1 vicereferente per area tematica, esperti di politiche sociali;
- Operatori socio-sanitari ASL/ Comuni;
- OO.SS.;
- Organismi del Terzo settore ed Associazioni di volontariato e di promozione sociale;
- Altri organismi specifici per l'area tematica;
- Referente tecnico della Provincia di Roma per l'area tematica.

Articolo 13

La Conferenza pubblica

Dopo l'approvazione da parte del Comitato istituzionale per l'Accordo di Programma il Piano di Zona viene illustrato in una Conferenza pubblica alle forze sociali, all'associazionismo, alle organizzazioni sociali ed ai cittadini interessati di tutti i Comuni del Distretto. Della convocazione della Conferenza viene data adeguata pubblicità in ogni Comune ed in ogni struttura sanitaria del Distretto.

Articolo 14

Il Piano di Zona

Il Piano di Zona è predisposto dall'Ufficio per la Struttura di Piano in coerenza con l'Accordo di Programma e costituisce l'atto d'intesa sugli interventi sociali e sanitari integrati di tutti i soggetti sottoscrittori dell'Accordo di Programma.

Tale documento, redatto in base alla conoscenza dello stato della rete dei servizi riferiti alle diverse aree di intervento, è atto a:

- a) individuare le priorità degli interventi per il riequilibrio territoriale dei servizi sociali e sanitari, dei criteri da utilizzare in relazione alla consistenza delle risorse umane e materiali esistenti, nonché al budget utilizzabile per i vari servizi;
- b) definire il modello organizzativo da realizzare in relazione all'integrazione dei singoli servizi, prevedendo l'adeguata utilizzazione del personale già impiegato nei servizi;
- c) definire le modalità di aggiornamento del personale in base ai servizi integrati da attuare;
- d) promuovere e realizzare sperimentazioni ulteriori in ordine a nuove tipologie di risposta e di modelli organizzativi da attivare;
- e) realizzare e favorire modalità di realizzazione e di collaborazione tra servizi ed istituzioni, coinvolte secondo un'ottica di rete e di reciprocità;
- f) determinare le risorse finanziarie, di personale ed organizzative che possono concorrere al perseguimento degli obiettivi;

- g) determinare i criteri di compensazione in rete del carico in eccesso o in difetto di assistiti.

Articolo 15

La contabilità

I Comuni del Distretto e la ASL, sulla base dei criteri determinati dal Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma, conferiscono le proprie quote di partecipazione ad una contabilità da appoggiare presso il Comune capofila e/o al Comune incaricato della gestione del/i servizio/i.

Articolo 16

Il Sistema Informativo Sociosanitario

Il sistema informativo sociosanitario risponde all'esigenza di fronteggiare la complessità degli obiettivi distrettuali e alla necessità di ottimizzare i rapporti tra gli Enti locali e la pluralità degli attori sociali locali. La Struttura di Piano si adopererà al fine di garantire, in concertazione con la Regione Lazio e la Provincia di Roma, l'adozione di strumenti di comunicazione e relazione, anche telematica, che configurano un vero e proprio *Osservatorio Sociosanitario*.

Articolo 17

Personale

Il personale operante all'interno dell'Ufficio di Piano, mantiene la qualifica funzionale dell'ente di appartenenza, cui risponde per tutti gli adempimenti relativi. Tempi e modalità di adempimenti degli incarichi sono oggetto di disciplina del succitato Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma. Sul piano funzionale risponderà l'organizzazione di assegnazione sulla base dei ruoli, dei compiti e degli obiettivi prefissati nel presente Accordo di Programma.

Eventuali nuovi operatori o figure professionali dipendenti che si rendessero necessari per l'espletamento di servizi potranno essere distaccati dagli enti di appartenenza e/o assunti anche stipulando appositi contratti a tempo determinato da parte del Comune capofila, la cui copertura finanziaria viene garantita dal budget dell'Accordo di Programma. Secondo le modalità individuate al comma precedente il Comune capofila può stipulare convenzioni con esperti in base alle indicazioni dettate dal Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma.

Art. 18

Procedimento di arbitrato

Le vertenze che dovessero sorgere fra le Parti che sottoscrivono l'Accordo di Programma e che non possano essere risolte conseguentemente in via amministrativa, saranno definite da un Collegio di tre arbitri, di cui uno nominato dal Tribunale di Tivoli, con funzione di Presidente ed uno ciascuno in rappresentanza delle parti. In caso di disaccordo sulle nomine, provvederà il tribunale competente.

Art. 19

Pubblicazione

Oltre alla trasmissione agli organi competenti, il testo integrale del presente Accordo, comprensivo degli allegati, sarà pubblicato sul sito del Distretto Socio Sanitario di Tivoli www.pianosocialermg3.org accessibile al pubblico tramite la connessione ad Internet

Articolo 20

Tempi di attuazione e durata dell'Accordo

La durata del presente Accordo di Programma è fissata per il triennio successivo alla sottoscrizione dello stesso.

Articolo 21

Durata

Il presente Accordo ha durata triennale (anni 2008 – 2009 – 2010); esso si concluderà comunque, ad avvenuta ultimazione dei progetti e delle azioni per le annualità 2008 -2009 -2010, fatto salvo il mantenimento delle risorse trasferite da parte della Regione Lazio.

In ogni caso, nelle more dell'approvazione del prossimo Accordo di Programma, il presente Accordo mantiene la sua validità, nei limiti delle risorse messe a disposizione dei rispettivi enti sottoscrittori e delle risorse trasferite per l'attuazione del Piano di Zona dagli enti sovraordinati.

Articolo 22

Norme di rinvio

Per quanto non previsto dal presente Accordo di Programma, si rinvia alla vigente disciplina dell'Accordo di Programma di cui all'art. 34 del Testo Unico delle leggi sull'Ordinamento degli Enti Locali, approvato con D. Lgs. 267/2000 e in via residuale alla legge n. 142/1990.

Indice

PIANO DI ZONA TRIENNALE 2008-2010	1
Introduzione. Il Piano di Zona Triennale: sintesi commentata delle “Linee Guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – triennio 2008-2010” di cui alla D.G.R. Lazio n.560 del 28 luglio 2008	2
1. Descrizione del territorio dal punto di vista demografico.....	10
2. Descrizione del territorio in generale.....	19
3. Il quadro territoriale dei bisogni.....	24
3.a Area minori e famiglia.....	25
3.b Area anziani.....	27
3.c Area degli immigrati e dell'inclusione sociale.....	30
3.d Area dei giovani.....	32
3.e Area del disagio psichico.....	34
3.f Area della disabilità.....	35
3.g Area delle azioni di contrasto alle tossicodipendenze.....	37
4. Il quadro generale dell'offerta dei servizi socio-assistenziali.....	39
- Il livello d'offerta per Macroaree/Liveas Liveas.....	52
5. Gli obiettivi strategici del Piano di Zona, articolati per macroaree.....	68
- Alcune indicazioni di lavoro per il prossimo triennio.....	70
6. Le misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria.....	74
7. Il coordinamento con gli altri organi dello Stato e con la pluralità dei soggetti locali.....	74
8. Gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti.....	74
9. Le innovazioni organizzative, operative e gestionali del sistema Distretto.....	74
I finanziamenti del 2006-2007.....	80

I Progetti.....	88
<i>Il Centro per la Famiglia.....</i>	89
<i>L' Ufficio di Piano.....</i>	96
<i>Lo Sportello del Consumatore e dell'Utente dei Servizi offerti nel Distretto Sociosanitario di Tivoli.....</i>	101
<i>Il Segretariato sociale e le Porte Sociali.....</i>	108
<i>Il Servizio Sociale Itinerante.....</i>	113
<i>L'Assistenza domiciliare ai diversamente abili.....</i>	117
<i>Il Servizio di accompagnamento per le gite a favore dei minori diversamente abili frequentanti la scuole dell'obbligo.....</i>	122
<i>L'Assistenza domiciliare integrata agli anziani.....</i>	127
<i>I Tirocini risocializzanti.....</i>	132
<i>Gli interventi ai sensi della Legge n.285/1997.....</i>	137
<i>L'intervento psicoterapeutico per i minori a rischio seguiti nel Progetto L.285/97.....</i>	142
<i>Gli interventi a sostegno dei disabili gravi: la legge n.162/1998.....</i>	147
<i>Il Centro Diurno per Diversamente Abili.....</i>	152
Prospetto riepilogativo dei servizi avviati ed in corso di funzionamento (con l'ammontare delle somme spese e di quelle formalmente impegnate per tutti i progetti, esclusi quelli inseriti nei Piani Distrettuali d'Intervento. Anni 2001-2007. Dati aggiornati al 31 luglio 2008.....	157
I PIANI DISTRETTUALI D'INTERVENTI SPECIFICI.....	164
PIANO DISTRETTUALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA.....	165
Introduzione.....	166
Progetto: <i>Semiresidenzialità, prevenzione e gestione dell'emergenza climatica a favore della popolazione anziana.....</i>	167
Progetto: <i>Laboratori preformativi per persone con problemi psichiatrici ad integrazione delle attività del Centro Diurno.....</i>	173
Riepilogo della ripartizione del finanziamento concesso e dei costi da sostenere per la realizzazione del Piano Distrettuale per la Non Autosufficienza del Distretto Sociosanitario di Tivoli – E.f. 2008.....	177

PIANO DISTRETTUALE PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE... 178

Progetto: <i>Step by Step</i>	179
Progetto: <i>Peer Education</i>	214
Tabella riepilogativa del Piano Distrettuale per la lotta alle Tossicodipendenze.....	221

PIANO DISTRETTUALE D'INTERVENTO IN FAVORE DEI PICCOLI COMUNI..... 222

Breve nota sociodemografica sui piccoli Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli....	223
Il Piano Distrettuale d'Intervento.....	226
I Progetti.....	228
<i>Servizio sociale e Sportello decentrato di Segretariato Sociale</i>	229
<i>Counselling socio-pedagogico</i>	230
<i>Assistenza riabilitativo sociale ai malati psichiatrici</i>	231
<i>Trasporto multiutenza</i>	232
Riepilogo dei costi del Piano d'Intervento in favore dei piccoli Comuni.....	234

TABELLA RIEPILOGATIVA DEL PIANO DI ZONA 2008-2010 E DEI PIANI DISTRETTUALI D'INTERVENTO 235

APPENDICI..... 237

Appendice 1. I Centri di Sollievo.....	238
Appendice 2. L'Accordo di Programma.....	241

Il Distretto Sociosanitario di Tivoli

Organi

Comitato istituzionale dell'Accordo di Programma *Componenti:* Direttore Generale della AUSL RMG3, Sindaci – o in loro vece, Assessori competenti in materia di politiche e servizi sociali – dei Comuni di Casape, Castel Madama, Ciciliano, Cerreto Laziale, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, Saracinesco, S. Gregorio da Sassola, S. Polo dei Cavalieri, Tivoli e Vicovaro. Partecipano ai lavori assembleari anche i rappresentanti della Provincia di Roma e della Consulta Sociosanitaria Distrettuale.

Ente capofila: **Comune di Tivoli**, Sindaco **Giuseppe Baisi**; Assessore al Welfare e alla Famiglia: **Maria Vittoria Pepe**; Dirigente IV Settore “Cultura e Politiche Sociali”, **Loretta Mezzetti**; Responsabile UOC Servizi Sociali: **Anna Alfani**.

Comitato di Coordinamento dell'Accordo di Programma *Componenti:* Sindaci, o loro delegati, dei Comuni di Castel Madama, Vicovaro, Cerreto Laziale, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri.

Nucleo di Affidamento dei Servizi *Componenti:* Dirigente IV Settore “Cultura e Politiche Sociali” del Comune di Tivoli; 2 funzionari di volta in volta individuati dai Comuni del Distretto Sociosanitario di Tivoli e nominati dal Comitato di Coordinamento dell'Accordo di Programma

Ufficio per la Struttura di Piano *Componenti:* **Maria Pacifici** (Coordinatrice); **Gianluca Piscitelli** (Sociologo); **Antonella Trusiani** (Assistente Sociale); **Enrico Di Carlo** (amministrativo).

Comitato Tecnico-Scientifico *Componenti:* **Maria Pacifici** (Coordinatrice dell'Ufficio per la Struttura di Piano); **Gianluca Piscitelli** (Sociologo); **Antonella Trusiani** (Assistente Sociale- AUSL RmG3); **Silvia Mattone** (Assistente Sociale – Assistente Sociale, Dirigente Comune di Castel Madama); **Patrizia Ranucci** (Assistente Sociale – Comune di Tivoli); **Maura Nardoni** (Assistente Sociale – Referente Servizio Sociale Itinerante); **Nadia Santolamazza** (Assistente Sociale – Servizio Sociale Itinerante); **Paola Ingrassia** (Presidente Consulta Sociosanitaria Distrettuale); **Anna Maria Maugliani** (Amministrativo – Comune di Vicovaro).

Consulta Sociosanitaria Distrettuale *Componenti:* organizzazioni della società civile e di terzo settore locali.

La redazione del Piano di Zona 2008-2010 è stata curata dall'Ufficio di Piano.